Aus der inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses
Charlottenburg für Chronisch- und Alterskranke
Chefärztin: Frau Professor Dr. med. Ingeborg Falck

DIE BERUFLICHE SITUATION VON ÄRZTINNEN IN ENGLAND, IN DER SOWJETUNION UND IN USA

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
ANNETTE CLAUSS
aus Darmstadt

1986

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549614_0018

Aus der inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses
Charlottenburg für Chronisch- und Alterskranke
Chefärztin: Frau Professor Dr. med. Ingeborg Falck

DIE BERUFLICHE SITUATION VON ÄRZTINNEN IN ENGLAND, IN DER SOWJETUNION UND IN USA

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
ANNETTE CLAUSS
aus Darmstadt

Referentin: Frau Prof. Dr. Falck

Koreferent: Prof. Dr. A. Schuller

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 24.3.1986

INHALTSVERZEICHNIS Seite

	EINLEITUNG	5
	MATERIAL UND METHODE	7
I	ÄRZTINNEN IN ENGLAND	10
1	Zahlenmäßige Verteilung	10
2	Familienstand	11
2.1	Ehe	11
2.2.	Kinder	13
3	Stellung in der Hierarchie	15
3.1	Krankenhaus	15
3.2	Standesorganisation	17
3.3	Praktische Ärzte	18
3.4	Öffentliches Gesundheitswesen	19
3.5	Arbeitszeit	21
3.6	Unterbrechung der Berufstätigkeit	25
3.7	Fachrichtungen	29
3.8	Teilzeitprogramme für die Weiterbildung zum Facharzt	33
3.9	Das "Doctors Retainer Scheme" als Möglichkeit der Wiedereingliederung nicht berufstätiger Ärztinnen in den Beruf	39
II	ÄRZTINNEN IN DER SOWJETUNION	42
III	ÄRZTINNEN IN DEN USA	49
1	Studium	49
2	Zahlenmäßige Verteilung	54
3	Familienstand	55

4	Stellung in der Hierarchie	56
5	Arbeitszeit	60
6	Verdienst	61
7	Fachrichtungen	63
8	Teilzeitprogramme für die Weiterbildung zum Facharzt	66
9	Programme für die Wiedereingliederung nicht berufstätiger Ärzte in den Beruf	69
	DISKUSSION	72
	SCHLUSS	78
	LITERATURVERZEICHNIS	81
	ANHANG	
	LEBENSLAUF	

EINLEITUNG

Die Frage nach der Gleichberechtigung der Frau in der Gesellschaft hat auch die Diskussion über die berufliche Stellung der Ärztin angeregt, wovon zahlreiche Artikel, Veröffentlichungen in den Zeitschriften der berufsständischen Organisationen und Dissertationen zeugen.
In der vorliegenden Arbeit soll die berufliche Stellung von Ärztinnen im Gesundheitswesen verschiedener Länder untersucht werden. Hierbei soll zunächst einmal die zahlenmäßige Verteilung von Frauen in Studium, Beruf und in den verschiedenen Fachrichtungen aufgezeigt werden.
Lange wurde z.B. in USA und Großbritannien die Zulassung zum Medizinstudium für Frauen eingeschränkt, weil davon ausgegangen wurde, daß die Wahrscheinlichkeit, daß viele Frauen nach dem Studium ihren Beruf nicht ausüben würden, die hohen Ausbildungskosten nicht zu rechtfertigen schien. Inzwischen haben Frauen infolge der Gleichberechtigungsgesetzgebung die gleichen Möglichkeiten der Wahl des Studiums, und damit stellt sich die Frage, ob Ärztinnen auch in der Berufsausübung die gleichen Chancen wie ihren männlichen Kollegen eingeräumt werden. Um dies feststellen zu können, muß erst einmal untersucht werden, wie die Möglichkeit der Berufsausübung bisher gewesen ist, um dann Veränderungen feststellen bzw. Trends aufzeigen zu können.
Bezüglich der Verteilung auf die Fachrichtungen ist zu fragen, ob es von Frauen bevorzugte Fachrichtungen gibt bzw. worin die Gründe dafür liegen könnten, daß sie in einigen Fachrichtungen unterrepräsentiert sind.
Der Vergleich der beruflichen Struktur des Arztberufs in verschiedenen Ländern kann zeigen, wie für die Gleichstellung der Frau im Beruf wichtige Fragen wie z.B. die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung, der Weiterbildung und die Chancen zur Wiedereingliederung in den Beruf bisher gelöst

wurden. Diese in anderen Ländern mehr oder weniger entwickelten Ansätze ermöglichen dann wiederum, Rückschlüsse zur Beurteilung der beruflichen Stellung der Ärztinnen im eigenen Land zu ziehen und hieraus Ansätze zu ihrer Veränderung zu gewinnen.
Die Analyse der beruflichen Situation der Ärztin in verschiedenen Ländern kann darüber hinaus auch Aufschluß darüber geben, welche Rollen Frauen in der Gesellschaft zugeschrieben werden, denn inwieweit eine Frau ihren Beruf ausüben kann und will, spiegelt solche gesellschaftlichen Einflüsse und Wertvorstellung wider, die z.B. partnerschaftliche Arbeitsteilung im Haushalt oder die Erziehung der Kinder regeln.

MATERIAL UND METHODE

Die vorliegende Arbeit geht auf Berichte zurück, die in Fachzeitschriften zum Thema "Ärztinnen im Beruf" veröffentlicht wurden. Die Zahl der statistischen Erhebungen und Untersuchungen zu diesem Thema hängt wesentlich von der Interessenvertretung der Ärztinnen in dem betreffenden Land ab. Besonders in den USA und in England wurden dank der dortigen Ärztinnenverbände zahlreiche Umfragen durchgeführt und im Berufsleben auftretende Probleme von Ärztinnen in den berufsständischen Zeitschriften thematisiert.Da in den Artikeln nicht über alle in dieser Arbeit relevanten Bereiche gleichermaßen ausführlich berichtet wird, ist die Möglichkeit, die berufliche Situation der Ärztin in verschiedenen Ländern zu vergleichen, mitunter inhaltlich eingeschränkt. Das Zahlenmaterial, das zur Verfügung steht, stammt seltener aus Erhebungen auf nationaler Ebene, sondern vielmehr aus Untersuchungen aus einem bestimmten regionalen Bereich, aus einer Klinik oder über eine bestimmte Fachrichtung.
Daraus läßt sich zwar eine Beschreibung der Situation der berufstätigen Ärztin im jeweiligen Land gewinnen, und es können bestimmte Trends abgelesen werden, aber häufig variieren der Zeitpunkt der Untersuchung oder die Größe der untersuchten Gruppe so sehr, daß die Repräsentativität nicht gewährleistet ist und von daher eine statistische Auswertung nicht sinnvoll erscheint.
Auch stehen bei vielen Untersuchungen Daten einer männlichen Vergleichsgruppe nicht zur Verfügung, die die Aussagen in einem anderen Licht erscheinen lassen könnten.
Artikel, die über persönliche Erfahrungen und Probleme von Ärztinnen im Berufsleben berichten, wurden dann hinzugezogen, wenn sie bereits gewonnene Aussagen ergänzten oder bestätigten.

Um Ungenauigkeiten in der Bezeichnung der Fachrichtungen, der Dienstgrade oder Arbeitszeit zu vermeiden, wurden diese Termini in der Originalsprache übernommen und nicht ins Deutsche übersetzt.

Untersuchung	Bezugsgruppe Inhalt, Ort, Zeitraum	Herkunft der Daten	Größe der befragten Gruppe	Antwortrate in %
Ward 1981	Ärztinnen, die 1949, 1950,1951 (Frühe Gruppe) und 1965 (späte Gruppe) examiniert waren. England 1977.	United Kingdom register	1863	74,3%
Beaumont 1976	Ärztinnen, die zwischen 1945 und 1974 als Ärztin eingetragen wurden und die in drei Thames-Gebieten wohnhaft waren.	United Kingdom register 1975	3262	75%
Oxfordstudie Swerdlow, McNeilly, Rue 1980	Ärztinnen, die in postregistration Weiterbildungsstellen im Oxfordgebiet im Dezember 1978 tätig waren Fragebogenaktion Anfang 1979	Gehaltsstelle Auskunft zugeordneter Tutoren	252	92%
Jefferys 1962	Untersuchung über 8209 Ärztinnen, die 1962 in England wohnhaft waren	-	8209	75%

I. ÄRZTINNEN IN ENGLAND

1. Zahlenmäßige Verteilung

Der Anteil der in das Ärzteregister eingetragenen Ärztinnen betrug

1965	20,5%	(Statistikblatt DHSS)
1974	23,0%	(Beaumont, 1)
1975	22,0%	(DHSS)
1976	23,2%	(Statistikblatt DHSS)
1978	22,0%	(Roberts)

der Gesamtärzteschaft Großbritanniens.
Die Zahl der Ärztinnen hat sich in diesem Zeitraum nicht wesentlich erhöht. Das liegt darin begründet, daß bis 1960 nur 22% weibliche Studienbewerber zum Medizinstudium zugelassen wurden.
Bis 1970 galten besondere Zulassungskriterien für Frauen, z.B.mußten sie bessere Abschlußnoten vorweisen als männliche Studienbewerber. Diese Bestimmung wurde 1970 infolge einer Gesetzgebung für die Gleichberechtigung der Frau abgeschafft (Ward). Seit dieser Änderung der Zulassungsbestimmungen sind die Zahlen der Studienanfängerinnen gestiegen, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 1: Anteil an Studienanfängerinnen in %

1963	24%	(Ford)
1966	21%	(UCCA)
1970	29%	(DHSS)
1973	32%	(UCCA)
1974	34%	(DHSS)
1978	37%	(Ford)

Für Mitte der 1980er Jahre wird ein Anstieg der Medizinstudentinnen auf über 50% erwartet (Beaumont, 1).

2. Familienstand

2.1. Ehe

Die Zahl der verheirateten englischen Ärztinnen liegt zwischen 80% und 90% (Pickles , Henryk-Gutt/Silverstone, Eaton). Verglichen mit anderen Frauen Englands gibt es unter Ärztinnen mehr alleinstehende Frauen, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 2: Alleinstehende Frauen verschiedener Altersgruppen 1961/62

Alter	Ärztinnen	Ledige Frauen in England und Wales 1961
65 +	47%	16%
55-64	36%	14%
50-54	33%	12%
45-49	22%	11%
40-44	23%	10%
35-39	24%	10%
30-34	27%	11%
25-29	38%	15%

(Jefferys)

Ärztinnen unterscheiden sich ebenfalls hinsichtlich der Wahl des Zeitpunkts der Eheschließung von den übrigen Frauen der Bevölkerung. Sie heiraten später, meistens gegen Ende des Studiums. Im Gegensatz zu früheren Jahren - in der Untersuchung von Jefferys waren es 12% - sind in den letzten Jahren mehr Ärztinnen bei Abschluß ihres Studium verheiratet, wie aus den folgenden Tabellen ersichtlich ist.

Tabelle 3: Familienstand in verschiedenen Altersgruppen von Ärztinnen, 1976 (Beaumont, 2)

Alter	ledig	verheiratet	%verheiratet bei Studienabschluß
52-56	21%	79%	23%
47-51	20%	80%	21%
42-46	16%	84%	23%
37-41	13%	87%	29%
32-36	17%	83%	29%
27-31	26%	74%	35%

Tabelle 4: Familienstand bei Ärztinnen verschiedener Altersgruppen

Altersgruppe	ledig	verheiratet	verwitwet	getrennt lebe oder geschied
49-53*	17%	74	5%	4%
35-38**	12%	83%	1%	5%

* Diese Gruppe umfaßt 85% der älteren Befragten der Ward-Untersuchung.

** Diese Gruppe umfaßt 89% der jüngeren Befragten der Ward-Untersuchung.

(Ward)

Die Wahrscheinlichkeit einer Arbeitszeitverkürzung oder einer Unterbrechung der Berufstätigkeit war in der Ward-Untersuchung bei den Ärztinnen geringer, die erst zu einem späteren Zeitpunkt nach ihrem Studienabschluß geheiratet haben (Ward).

Ärztinnen wählen häufig Berufskollegen, Ärzte oder Zahnärzte, zum Ehemann. Ward ermittelte in ihrer Untersuchung, daß bei den 57% der älteren Befragten bzw. bei 51% der jüngeren Befragten, die mit einem Arzt verheiratet waren, der Beruf des Ehemanns sich nicht in höherem Maße auf die Berufskarriere der Frau auswirkte als bei Ehepartnern anderer Berufsgruppen (Ward).

Wenige verheiratete Ärztinnen waren bereit, woanders als am Ort des Arbeitsplatzes des Ehemannes eine Stelle anzunehmen. Sie ändern oft ihre beruflichen Pläne, um in der Nähe des Ehemanns leben zu können (Swerdlow, McNeilly, Rue).
Die Doppelbelastung, den ehelichen Haushalt zu versorgen und berufstätig zu sein, erschien vielen Ärztinnen wegen der hohen Besteuerung und der zusätzlich entstehenden Kosten, z.B. für eine Haushaltshilfe, nicht lohnend (Clayton).

2.2. Kinder

Kinder haben die größte Auswirkung auf die Berufstätigkeit von Ärztinnen. In der Beaumont-Untersuchung wurde aufgezeigt, daß 22% der befragten Ärztinnen keine Kinder, 17% ein Kind, 31% zwei Kinder und 30% mehr als zwei Kinder hatten (Beaumont, 1). In der Ward-Untersuchung ergab sich ein ähnliches Bild: In der älteren Untersuchungsgruppe hatten die Ärztinnen 12 Jahre nach der Approbation durchschnittlich 2,43 Kinder, in der jüngeren Gruppe 2,21 Kinder. 47% der älteren Befragten der älteren Gruppe hatten 3 und mehr Kinder gegenüber 37% der jüngeren Gruppe (Ward).
Mit der Geburt des ersten Kindes geht häufig ein Rückzug aus dem Beruf einher. Erst wenn die Kinder das Alter von 5 Jahren erreicht haben, erfolgt wieder der Eintritt in das Berufsleben. Beaumont zeigte auf, daß 28% der Befragten mindestens ein Kind unter 5 Jahren hatten, 46% hatten mindestens ein Kind zwischen 5 und 16 Jahren (Beaumont, 1). Mütter arbeiten selten ganztags, sie haben überwiegend eine Teilzeitstelle (Ward; Swerdlow, McNeilly, Rue).

In der Untersuchung von Ward erwies sich, daß die Befragten der jüngeren Gruppe trotz der Kinder eine höhere Kontinuität in der Berufsausübung aufwiesen als die Ärztinnen der älteren Vergleichsgruppe (Ward). Berufstätigkeit mit dem Aufziehen von Kindern zu vereinbaren, erfordert immer einen besonderen Einsatz an individueller Energie, Kraft und Fähigkeit. Probleme ergeben sich am häufigsten bei der Beaufsichtigung der Kinder. Dabei wird nicht so oft auf ausgebildetes Kinderpflegepersonal, sondern auf Haushaltshilfen oder auf Unterstützung von Freunden oder Verwandten zurückgegriffen. In der Untersuchung von Swerdlow, McNeilly, Rue wurde von 61% der Befragten der Wunsch nach mehr Kindestagesstätten geäußert, die nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen.
Problematisch erwies sich auch, daß die Kosten für die Unterbringung bzw. Beaufsichtigung der Kinder durch den Verdienst der berufstätigen Ärztin nicht ausgeglichen werden konnten.
Zu den häuslichen Schwierigkeiten kommen Probleme im Beruf. Hier wurden insbesondere angegeben: Schwierigkeiten, die Dienste passend zu legen, eine entsprechende Teilzeitstelle am Ort und in der gewünschten Fachrichtung zu finden und Zeit für die Fortbildung zu erübrigen (Swerdlow, McNeilly, Rue). Viele Ärztinnen ändern wegen der Kinder ihre beruflichen Pläne. In der Swerdlow, McNeilly, Rue-Umfrage waren es 56% der Befragten. Im Berufsleben gaben Ärztinnen mit Kindern an, auf wenig Verständnis für ihre besonderen Probleme zu stoßen. Außerdem begegneten sie Bedenken und Vorurteilen bei Kollegen, was ihre Einsatzmöglichkeit und -bereitschaft und Verläßlichkeit betraf (Beaumont, 2).

3. Stellung in der Hierarchie

3.1. Krankenhaus

Von 1965 bis 1973 stieg die Zahl der Krankenhausärztinnen um 68% (Ashurst).
Dieser Anstieg wirkt sich jedoch noch nicht auf die Zahl der Frauen in höheren Posten aus, sondern hat zunächst mehr Ärztinnen auf den unteren Stufen bzw. auf Weiterbildungsstellen zur Folge.

Tabelle 5: Ärztinnen in der Krankenhaushierarchie in %

	1963	1970	1978
Höhere Posten (Senior Registrar, consultant)	8%	10%	14%
Registrar, House Officer	18%	18%	23%
Gesamt	13%	14%	19%

(Ford)

Im Krankenhausdienst findet man überproportional viele Ärztinnen auf medical assistant Stellen. Dies sind Stellen, die nicht zu den Weiterbildungs- bzw. leitenden Stellen gehören. Bei consultant Stellen dagegen sind Ärztinnen unterrepräsentiert, während das Verhältnis im senior registar Bereich ausgeglichen ist (Beaumont, 2).

Tabelle 6: Anteil von Ärztinnen in den verschiedenen Klinikstufen 1976

	% Frauen
consultant	9%
medical assistant	42%
senior registrar	18%
registrar	17%
senior house officer	21%
house officer	31%
Gesamt	17%

(Beaumont, 1)

Die Zahlen für 1980 und 1981 zeigen einen weiteren Anstieg an Ärztinnen auf allen Stufen der Krankenhaushierarchie an.

Tabelle 7: Anteil an Ärztinnen auf Weiterbildungs- und leitenden Stellen 1980 und 1981

	1980		1981	
	Gesamt-zahl	in %	Gesamt-zahl	in %
consultant	12778	11%	13065	11%
senior registrar	2968	19%	3074	20%
registrar	5879	20%	5989	21%
senior house officer	9681	25%	10049	26%

Statistikblatt DHSS

Die steigende Zahl an weiblichen consultants ist jedoch nicht in allen Fachrichtungen gleich. Am stärksten ist der Anteil an Ärztinnen im consultant Bereich im Fach Psychiatrie, am wenigsten in den chirurgischen Fächern gestiegen.

Tabelle 8: Consultants in % in verschiedenen Fachrichtungen von 1963 bis 1978

Fachrichtung	1963	1970	1978
chirurgische Fächer	1,3%	-	2,0%
General Medicine	1,9%	-	3,3%
Gynäkologie/ Geburtshilfe	12%	-	15%
Anästhesie	14%	15%	19%
Radiologie	5%	7%	12%
Psychiatrie	6%	10%	17%
Geriatrie	5%	8%	9%
Pathologie	7%	9%	13%
alle Fachrichtungen	6%	7%	10%

(Ford)

3.2. Standesorganisationen

Ärztinnen sind in Gremien und Organisationen, die Planungen und Entscheidungen über wichtige Fragen des Arztberufs treffen, unterrepräsentiert. Wie aus folgender Tabelle hervorgeht, waren Ärztinnen nur zu 3% an Entscheidungen der betreffenden Gremen beteiligt.

Tabelle 9: Anzahl der Ärzte und Ärztinnen in Ausschüssen und Gremien1975

	Männer	Frauen
Royal College of Physicians Council	25	0
Royal College of Surgeons Council	35	0
Royal College of General Practitioners Council	44	2
Royal College of Psychiatrists Council	56	0
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Council	31	2
Royal College of Radiologists Council	18	1
Royal College of Pathologists Council	25	1
Faculty of Anaesthetists Board	20	1
Faculty of Community Medicine Board	19	1
British Medical Association Council	48	2
General Medical Services Committee	70	3
Central Committee for Hospital Medical Services	73	2
Joint Consultants Committee	32	0
Central Manpower Committee	22	1
General Medicine Council	42	4
Gesamt	560	20

(Ashurst)

Ärztinnen sind in der Medical Women's Federation, einer Unterorganisation der British Medical Association, organisiert. Genaue Zahlen, die etwas über die Mitgliedschaft aussagen, stehen leider nicht zur Verfügung.

3.3. Praktische Ärzte (General Practice)

1973 waren 13% der niedergelassenen praktischen Ärzte Frauen. Von 1963 bis 1973 ist die Zahl der weiblichen unrestricted principals (Leiterin einer Praxis) um 45% gestiegen. 1964 gab es 13% weibliche principals; diese Zahl stieg 1974 auf 17% (Ford).

1973 machten Frauen 50% der assistants in der Allgemeinmedizin aus. Diese Zahl blieb zehn Jahre lang konstant, während die der männlichen assistants sich nach zehn

Jahren um die Hälfte reduziert hatte (DHSS). Die folgende Tabelle zeigt, daß Ärztinnen unter den restricted principals und assistants bei den praktischen Ärzten erheblich stärker vertreten sind als unter unrestricted principals, d.h. auf leitenden Posten.

Tabelle 10: Praktische Ärztinnen nach Rang in % 1976, 1980

	1976* % Frauen	1980** % Frauen
unrestricted principals	13%	16%
restricted principals	25%	35%
assistants	50%	56%
Ärztinnen in der Weiterbildung	30%	32%
Gesamt	14%	17%

* (Beaumont, 1)

** Statistikblatt des DHSS

3.4. Öffentliches Gesundheitswesen (Community Health)

Ärztinnen leisten einen hohen Beitrag zum öffentlichen Gesundheitswesen. 1973 betrug ihr Anteil 50%. Frauen arbeiten häufig in Bereichen, die mit Kindern zu tun haben (Beaumont, 1).

Tabelle 11: Anteil an Ärztinnen in verschiedenen Bereichen des öffentlichen Gesundheitswesens 1975

Bereich	Anzahl Ärztinnen	in %
klinischer Bereich (clinical community health)	3408	54%
Schulen (school health)	1552	64%
consultants im Gesundheitsdienst	138	23%
Ärztinnen in der Weiterbildung	26	44%

(Beaumont, 1)

Die Tabelle zeigt deutlich, wie Ärztinnen im Verhältnis zu ihrem zahlenmäßigen Anteil in den übrigen Bereichen des öffentlichen Gesundheitswesen auf leitenden Posten (consultants) unterrepräsentiert sind.
Sieht man sich die Verteilung von Ärztinnen in der Hierarchie des öffentlichen Gesundheitswesen an, so findet man Frauen mit 60% auf der untersten Stufe der officers überproportional hoch vertreten. Im Bereich der leitenden Stellen sind 30% der deputy medical officers of health posts Frauen und nur 8% der medical officer of health posts-Stellen werden von Frauen besetzt (DHSS).

4. Arbeitszeit

Wieviel Zeit eine Ärztin ihrem Beruf widmet, hängt wesentlich davon ab, ob sie verheiratet ist oder Kinder hat. Vergleicht man die Arbeitszeit verheirateter und lediger Ärztinnen miteinander, so liegt die Arbeitszeit nicht verheirateter Ärztinnen über der der verheirateten. Verheiratete Ärztinnen arbeiten weniger in Vollzeitbeschäftigung, aber dafür mehr als Teilzeitkräfte. Von den Ärztinnen, die jünger als 30 Jahre sind, arbeiten 93% ganztags, von den über 30-jährigen dagegen nur noch 75% (Swerdlow, McNeilly, Rue).

Tabelle 12: Arbeitszeit und Familienstand

Beschäftigungsgrad	ledig	verheiratet	verheiratet mit Kindern	Gesamt
Vollzeit	85%	78%	36%	54%
Teilzeit	9%	16%	53%	37%
nicht berufstätig	6%	6%	11%	9%

(Beaumont, 2)

Der durchschnittlich geleistete Beitrag der Ärztinnen zur Tätigkeit im Arztberuf entspricht einer Vollzeitätigkeit von 24 Jahren. Die typische Berufslaufbahn für Ärztinnen sieht folgendermaßen aus: 4 Jahre Vollzeittätigkeit, danach 10 Jahre oder länger Teilzeittätigkeit mit häufig weniger als 6 sessions pro Woche, abschließend Vollzeittätigkeit bis zum Ruhestand. Im Durchschnitt ergibt sich bei den englischen Ärztinnen eine Unterbrechung der Berufstätigkeit von 4 Jahren (Swerdlow, McNeilly, Rue).
Wie aus folgender Tabelle hervorgeht, hat sich die Zahl der Ärztinnen, die auf einer Teilzeitstelle arbeiten mit Ausnahme der consultant-Stellen erhöht.

Tabelle 13: Ärztinnen verschiedener Stufen auf Teilzeitstellen 1969 und 1974 in %

	1969	1974
consultant	65,7%	51,8%
medical assistant	24,1%	41,1%
senior registrar	5,8%	24,7%
registrar	4,7%	18,9%
senior house officer	1,1%	5,8%
Gesamt	17,6%	21,1%

(DHSS)

Teilzeitbeschäftigte Ärztinnen arbeiteten in der Beaumont-Untersuchung wie folgt:
66% arbeiteten 5 und mehr sessions,
21% arbeiteten 3 - 4 und mehr sessions,
13% arbeiteten 1 - 2 und mehr sessions,
87% hatten feste, regelmäßige sessions oder zeigten die Tendenz, diese zu übernehmen,
29% wünschten sich mehr Dienste, von ihnen gaben jedoch 66% an, daß kein entsprechendes Stellenangebot zur Verfügung stände. 23% von ihnen gaben an, daß sie wegen fehlender Beaufsichtigungsmöglichkeit für ihre Kinder nicht mehr arbeiten könnten (Beaumont, 2).
Diese Zahlen zeigen, daß viele teilzeitbeschäftigte Ärztinnen feste Arbeitszeiten übernommen haben und daß sie einen Trend nach mehr Einsatz im Beruf zeigen.
Dieser Trend wird auch in der Oxfordstudie (Swerdlow, McNeilly, Rue) bestätigt. Von den Befragten wollten 42% gern voll arbeiten. 16% wollten zunächst 6-8 sessions arbeiten und danach eine Ganztagsstelle. 14% wollten 6-8 sessions arbeiten. Die Nachfrage nach Teilzeitstellen übersteigt das Angebot an vorhandenen Stellen. Die Regel

an Krankenhäusern sind volle Stellen oder Teilzeitstellen, deren Arbeitszeit nur minimal unter der einer vollen Stelle liegt. Der Bedarf an Dauerteilzeitstellen, die außerhalb des Weiterbildungssektors liegen, ist nach wie vor groß (Rue). Das DHSS zeigt sich bei der Einrichtung von Teilzeitstellen wenig flexibel (Editorial).
Für die Einrichtung von Teilzeitstellen ist es häufig notwendig, die Verantwortung und das Aufgabenfeld der Stelle zu definieren und festzulegen, um damit die Arbeit entsprechend einteilen zu können (Dollery).
Mit den bestehenden Möglichkeiten, eine Facharztweiterbildung auf einer Teilzeitstelle zu erwerben, ist für Oberarztstellen ebenfalls ein Bedarf an Teilzeitstellen entstanden. Daher wird gefordert, frei werdende Stellen so auszuschreiben, daß auch Ärztinnen, die nur eine Teilzeitstelle wollen, sich darauf bewerben können (Rue). Damit könnten sie eine ihrer Qualifikation entsprechende Tätigkeit ausüben. Das gleiche Ziel wird mit dem Vorschlag von seiten der Medical Women's Federation verfolgt, demzufolge für Ärztinnen, die eine Teilzeitfacharztweiterbildung bis einschließlich der senior registrar Ebene abgeschlossen haben, außerplanmäßige zusätzliche Teilzeit-consultant-Stellen eingerichtet werden sollen.
Von seiten der Vorgesetzten bestehen häufig Vorurteile gegenüber teilzeitbeschäftigten Ärztinnen, was sich wiederum in Vorbehalten bei Bewerbungen und Einstellung auswirkt.

Eine Ärztin, die lediglich teilzeit arbeiten kann, wird nur eingestellt, wenn keine anderen Bewerber verfügbar sind (Swerdlow, McNeilly, Rue). Kollegen auf Vollzeitstellen fürchten eine zusätzliche Belastung dadurch, daß Schwierigkeiten entstehen könnten oder nicht erledige Arbeiten anfallen, die sie dann zu erledigen hätten, wenn sie mit Ärztinnen auf Teilzeitstellen zusammenarbeiten sollen (Swerdlow, McNeilly, Rue).

Zu den unbefriedigenden Erfahrungen bei Teilzeitarbeit zählen das Einnehmen einer Lückenbüßerstelle, das Gefühl, für unbeliebte Arbeiten mißbraucht zu werden und durch einseitige Arbeiten nicht genügend fachliche Erfahrungen sammeln zu können. Dennoch stellt Teilzeitarbeit eine Möglichkeit dar, im Beruf zu bleiben und berufliche Erfahrungen zu machen, wenn häusliche Verpflichtungen keine Vollzeittätigkeit zulassen (Swerdlow, McNeilly, Rue).

5. Unterbrechung der Berufstätigkeit

Obwohl sich die Zahl der Studienanfängerinnen im Fach Medizin erhöht hat, gibt es parallel dazu immer noch viele Ärztinnen, die nicht in ihrem Beruf tätig sind.

Tabelle 14: Nicht berufstätige Ärzte und Ärztinnen 1965 und 1974 in %

	1965	1974
Ärzte	12%	12%
Ärztinnen	34%	21%

(Ford)

Während die Zahl der nicht berufstätigen Ärzte konstant blieb, ist sie bei den Ärztinnen zwar vergleichsweise hoch, ist jedoch im Zeitraum von 9 Jahren beträchtlich gesunken (Beaumont, 1). Die Unterbrechung der Berufstätigkeit ist bei Ärztinnen an bestimmte Altersgruppen gebunden. Die folgende Tabelle zeigt die Berufsausübung in Abhängigkeit vom Alter im Jahr 1975. Die Berufstätigkeit bezieht sich auf Vollzeit- und Teilzeitstellen.

Tabelle 15: Berufstätigkeit bei Ärzten und Ärztinnen verschiedener Altersgruppen 1975 in %

	unter 30	30-40	40-49	50-59	60-64	65+	alle Altersgruppen
Ärzte	99,6	98,1	98	96,8	85,1	29,9	87,5%
Ärztinnen	93,3	78	78,6	76,7	53,1	14,9	69,8

(DHSS)

Die Zahl der Ärztinnen, die ihren Beruf ausüben, nimmt ab dem 30. Lebensjahr ab, wenn viele ihre Kinder bekommen. Ärztinnen gehen nach den Zahlen in Tabelle 15 auch früher als ihre männlichen Kollegen in den Ruhestand. Es ist bei dieser Altersgruppe (60 Jahre und älter) auch möglich, daß diese Frauen nach ihrem Ausscheiden aus dem Beruf wegen familiärer Gründe in jüngeren Jahren überhaupt nicht in den Beruf zurückgingen. In der nachstehenden Tabelle wird diese Tendenz noch einmal bestätigt.

Tabelle 16: Art der Berufsausübung bei Ärztinnen verschiedener Altersgruppen 1962, 1966 und 1976 in %

Jahre seit Approbation (Alter)	Jahr	%berufstätig	% auf voller Stelle	% nicht berufstätig	Gesamtzahl der Altersgruppe
2-6	1962	78%	73%	22%	1261
(27-31)	1966	84%	73%	16%	251
	1976	89%	83%	11%	495
7-11	1962	77%	53%	24%	1299
(32-36)	1966	81%	57%	19%	227
	1976	89%	53%	11%	464
12-16	1962	79%	51%	21%	1570
(37-41)	1966	86%	55%	14%	294
	1976	90%	49%	10%	388
17-21	1962	83%	52%	17%	1120
(42-47)	1966	86%	59%	14%	283
	1976	94%	51%	6%	347
22-26	1962	88%	53%	12%	881
(48-52)	1976	94%	56%	6%	363
27-31	1962	90%	62%	10%	564
(53-57)	1976	92%	63%	8%	301

(Beaumont, 2)

Tabelle 16 zeigt, daß in der jüngsten Altersgruppe der Anteil an Ärztinnen in Vollbeschäftigung verglichen mit anderen Altersgruppen am höchsten ist. Die Vollzeittätigkeit nimmt in der Altersgruppe 32-36 Jahre ab, während in dieser Zeit die Zahl der Ärztinnen zunimmt, die

ihre Berufstätigkeit unterbrechen, obwohl sich die Zahl der nicht berufstätigen Ärztinnen im Laufe der Jahre reduziert hat. Ab dem 37. Lebensjahr steigt die Zahl der Ärztinnen, die voll berufstätig sind, wieder an. Diese steigende Tendenz hält bis zur Altersgruppe 53-57 Jahre an. Für alle Altersgruppen zeigt sich für das Jahr 1976 gegenüber der 1962 untersuchten Gruppe ein steigender Anteil an Ärztinnen, die ihren Beruf ausüben. Die Unterbrechung der Berufstätigkeit wurde in früheren Befragungen und in der Beaumont-Untersuchung von den Ärztinnen als vorübergehende Sache angesehen. In der Beaumont-Untersuchung waren zum Untersuchungszeitpunkt 8,7% der Befragten nicht berufstätig, davon waren 74% verheiratete Frauen mit Kindern. 19% dieser Ärztinnen hatten mindestens ein Kind unter 5 Jahren, 6% hatten Kinder über 5 Jahre alt.
82% gaben an, später wieder in den Beruf zurückkehren zu wollen.
Als Gründe für die Unterbrechung der Berufstätigkeit wurden am häufigsten häusliche und familiäre Verpflichtungen angegeben. (59,4% der nicht berufstätigen Ärztinnen gaben diesen Grund an), ferner wurden genannt: keine verfügbaren Teilzeitstellen (27,4%), Ehesituation (12,8%), finanziell nicht lohnende Berufstätigkeit der Frau (11,9%), keine verfügbaren vollen Stellen (11,4%), keine Weiterbildungsmöglichkeit (11%), andere Tätigkeit im nicht medizinischen Bereich (11%) und schlechter Gesundheitszustand (10%) (Beaumont, 2).
In der Untersuchung von Ward übten 9% der Befragten ihren Beruf nicht aus. Ein Drittel der älteren Untersuchungsgruppe und die Hälfte der jüngeren Gruppe gab als Begründung Verpflichtungen gegenüber der Familie und dem Ehemann an. Ein wichtiger Zusammenhang besteht zwischen dem Alter des jüngsten Kindes und der Ausübung des Berufs. Es zeigte sich bei

der jüngeren Gruppe die Tendenz, in den Beruf zurückzukehren, wenn das jüngste Kind das Alter von 10 Jahren erreicht hatte. 53% der nicht praktizierenden Ärztinnen der älteren Gruppe waren länger als 10 Jahre aus dem Beruf. 35% der älteren Gruppe gegenüber 65% der jüngeren Gruppe übten ihren Beruf für einen Zeitraum bis zu 5 Jahren nicht aus. 65% der älteren und 73% der jüngeren Gruppe der Nichtpraktizierenden waren bei ihrem Ausscheiden auf unteren Assistenzstellen und nicht auf Weiterbildungsstellen tätig. Nicht berufstätige Ärztinnen hatten am häufigsten zuletzt in den Fachrichtungen Allgemeinmedizin und im öffentlichen Gesundheitswesen (clinical public health) gearbeitet (Ward).

6. Fachrichtungen

Die von Ärztinnen gewählten Fachrichtungen zeigen sich auf bestimmte Fächer beschränkt. Wie aus Tabelle 17 hervorgeht, sind dies vorwiegend die Fachrichtungen Anästhesie, Psychiatrie, Pädiatrie, Pathologie und Radiologie. Bei den weiblichen consultants wies das Fach Anästhesie den höchsten Anteil an Ärztinnen auf. Die Beliebtheit dieser Fachrichtung ist rückläufig, wenn man sich den Anteil an senior registrars und registrars ansieht, die dieses Fach gewählt haben. Unter ihnen weist Pathologie den höchsten Frauenanteil auf. Die Zahl der Ärztinnen unter den registrars, die die Fachrichtungen Radiologie und Innere Medizin wählen, nimmt zu. Obwohl der Ärztinnenanteil im Fach Chirurgie durchgehend verhältnismäßig gering ist, zeigt sich hier ein leichter Anstieg unter den registrars.

Ärztinnen arbeiten hauptsächlich in den Fachrichtungen, in denen Bedarf besteht, wie z.B. Geriatrie, Psychiatrie, Anästhesie, Radiologie, Pathologie, Dermatologie und community medicine (Swerdlow, McNeilly, Rue). Diese Fächer genießen geringeres akademisches Ansehen, stellen arbeitszeitmäßig geringere Anforderungen dar und sind unter Ärzten im allgemeinen weniger beliebt. Dementsprechend ist auch die Konkurrenz um Stellen geringer. Um den Personalbedarf zu dekken, wurden in diesen Fachrichtungen lange Zeit auf den unteren Stufen der Hierarchie ausländische Ärzte beschäftigt.

Ärztinnen, die solche Fachrichtungen wählen, entscheiden sich hauptsächlich wegen der geringeren Anforderungen hinsichtlich der Arbeitszeit dafür. Arbeitszeit und die Möglichkeit der Facharztweiterbildung auf einer Teilzeitstelle lassen sich hier auf individuelle Bedürfnisse abstimmen

Tabelle 17: Ärztinnen in verschiedenen Fachrichtungen nach Rang 1963, 1975, 1976 und 1980

Fachrichtungen	consultants				senior registrars			registrars	
	1963	1975	1976	1980	1975	1976	1980	1975	1980
Chirurgie	1,3%	1,6%	2%	1,8%	1,6%	1,5%	1,5%	3,0%	3,7%
Innere Medizin	1,9%	2,9%	5%	3,7%	4,7%	9,0%	5,1%	9,0%	16,5%
Radiologie	5,1%	8,9%	11%	13,7%	17,1%	22,0%	23,4%	23,1%	33,1%
Pathologie	6,7%	10,0%	11%	13,9%	28,6%	30,0%	34,8%	38,7%	41,3%
Gynäkologie/ Geburtshilfe	12,8%	12,2%	12%	11,9%	12,6%	12,0%	9,4%	24,1%	21,2%
Pädiatrie	10,6%	15,5%	14%	16,4	26,8%	31,0%	30,1%	32,4%	33,5%
Psychiatrie	5,8%	12,8%	15%	18,7%	26,9%	29,0	31,4%	26,2%	30,3%
Anästhesie	13,5%	15,8%	16%	19,5%	27,1%	35,0%	26,6%	30,1%	27,1%
Geriatrie	4,8%	-	-	9,6%	-	-	16,3%	-	13,4%
Gesamt	5,7%	8,3%	9%	11,0%	15,6%	18,0%	19,2%	16,9%	20,0%

Quellen: Zahlen für 1963 und 1980: Statistikblatt des DHSS
Zahlen für 1975: (DHSS)
Zahlen für 1976: (Beaumont, 1)

und sind daher mit familiären Verpflichtungen vereinbar (Editorial ; Swerdlow, McNeilly, Rue). Angebote für Teilzeitarbeit gibt es besonders in Psychiatrie, Anästhesie, community medicine und in general practice (Editorial).

Die Möglichkeit, die Weiterbildung zum Facharzt auf einer Teilzeitstelle machen zu können, beeinflußt die Wahl der Fachrichtung. Über ein Teilzeitweiterbildungsprogramm in Oxford wird berichtet, daß sich Ärztinnen am häufigsten für die Fachrichtung Psychiatrie, Pädiatrie, Pathologie und Anästhesie entschieden (die Reihenfolge entspricht der Häufigkeit der gewählten Fachrichtungen) (Rue).
In der Untersuchung über das Teilzeitweiterbildungsprogramm in Oxford ließen sich die Fachrichtungen den zugrundeliegenden Motiven der Ärztinnen für ihre Wahl zuordnen. Für die Wahl eines Fachs, in dem Bedarf besteht, wie Pathologie, Psychiatrie, Anästhesie und Radiologie, wurden häufig als Gründe für die Wahl die Möglichkeit einer Teilzeitweiterbildung, Teilzeitarbeitsplätze oder die Aussicht, überhaupt einen Weiterbildungsplatz zu bekommen, genannt. Diese Motive waren bei Ärztinnen, die sich für die Fachrichtungen general medicine, Pädiatrie, Chirurgie oder Geburtshilfe/Gynäkologie entschieden, nicht ausschlaggebend. Für die Ärztinnen, die general practice wählten, waren Dauer der Ausbildung, Arbeitszeit, Schwierigkeitsgrad und Anzahl der Prüfungen, längerfristige finanzielle Pläne und der Beruf des Ehemanns entscheidende Faktoren für die Wahl der Fachrichtung (Swerdlow, McNeilly, Rue). Der Anteil der Ärztinnen unter den general practioners beträgt 17%. 32% befinden sich in der Weiterbildung, 56% nehmen den Rang des assistants, der untersten Stufe dieser Fachrichtung ein (Statistikblatt des DHSS).
Viele Ärztinnen sind nicht mit der Arbeit in der Fachrichtung, in der sie tätig sind, zufrieden. In der Umfrage von

Beaumont gaben 17% der Befragten an, keinen Arbeitsplatz oder Weiterbildungsplatz in der gewünschten Fachrichtung bekommen zu haben. 23% von ihnen waren verheiratet und hatten Kinder, 9% waren kinderlos verheiratet. 54% der Ärztinnen, die nicht in der gewünschten Fachrichtung arbeiteten, gaben an, daß häusliche Verpflichtungen sie in ihrer Wahl eingeschränkt hätten, 33% konnten die gewünschte Fachrichtung wegen eines mangelnden passenden Weiterbildungsplatzes nicht wählen, 20% gaben an, daß sie diskriminiert worden wären und aufgrund ihres Geschlechts keine Stelle in der gewünschten Fachrichtung bekommen hätten.

7. Teilzeitprogramm für die Weiterbildung zum Facharzt

Die Möglichkeit, eine Weiterbildung zum Facharzt auf einer Teilzeitstelle zu machen, basiert auf dem Erlaß (69)6, der die Wiedereingliederung von Ärztinnen in den Beruf zum Gegenstand hat. Vor dieser Regelung gab es zwar die Möglichkeit, als clinical assistant auf Teilzeitstellen zu arbeiten, was jedoch keine Weiterbildung zum Facharzt einschloß. Andere Teilzeitarbeitsplätze standen in general practice oder im Bereich Familienplanung zur Verfügung (Bluglass).

Bei dem Erlaß wurde davon ausgegangen, daß viele nicht berufstätige Ärztinnen wegen familiärer Verpflichtungen ihren Beruf nicht ausübten, ihre Berufstätigkeit jedoch gerne wieder aufnehmen würden, wenn es entsprechende Teilarbeitsmöglichkeiten gäbe.
In dem HM (69)6-Papier werden Krankenhausverwaltungen aufgefordert, Vorschläge für die Schaffung von Teilzeitstellen zu machen oder Stellen, die nicht besetzt werden können, in zwei Teilzeitstellen umzuwandeln.
Es sollten, um den jeweiligen Berufserfahrungen und -wünschen der Ärztinnen gerecht zu werden, Teilzeitstellen auf allen Ebenen und Fachrichtungen eingerichtet werden. Die der Stelle entsprechende fachliche Vorbereitung sollte individuell gestaltet werden und den Vorkenntnissen der betreffenden Ärztin angepaßt sein. Die Weiterbildung zur Fachärztin sollte in den Beratungen angeregt und unterstützt werden. Bereitschaftsdienste sollten, wenn möglich, mitübernommen werden, da sie wichtige Erfahrungen vermitteln.
Es wurde zur Förderung der Berufstätigkeit von Ärztinnen weiter vorgeschlagen, daß Krankenhäuser Räumlichkeiten für verheiratete residents einrichten sollten, um so beiden Ehepartnern die Gelegenheit zu geben, ihren Beruf auszuüben. Auch sollten mehr Kindertagesstätten an Krankenhäusern eingerichtet werden (DHSS).

Die Einrichtung von Teilzeitweiterbildungsstellen stellt ein Kostenproblem dar und wird deshalb oft von Verwaltungsseite verzögert. Es ist billiger für einen Krankenhausbetrieb, einen clinical assistant zu beschäftigen, der ausschließlich für die Versorgung von Kranken zuständig ist als eine Ärztin in der Weiterbildung zum Facharzt auf einer Teilzeitstelle (Ashurst). Die Schwierigkeiten von seiten der Verwaltung sind inzwischen durch den, den (69)6 Erlaß ersetzenden Erlaß (79)3 teilweise gemindert worden. Die Einstellung von Ärzten als Teilzeitkräfte auf senior house officer und registrar Ebene ist insofern erleichtert worden, als sie keiner Zustimmung von zentraler Seite, d.h. vom Council for Postgraduate Medical Education in England & Wales, mehr bedarf. Den Einrichtungen (hauptsächlich colleges), die für die Organisation und Festlegung der Anforderungen der Weiterbildung zum Facharzt zuständig sind, obliegt es, entsprechende Weiterbildungsprogramme auf Teilzeittätigkeit abzustimmen. Als schwierig hat sich erwiesen, die individuellen Vorkenntnisse und bisherigen Arbeitserfahrungen von Ärztinnen bei der Festlegung der Dauer der Weiterbildung auf einer Teilzeitstelle angemessen zu berücksichtigen (Eaton, Swerdlow, McNeilly, Rue).
Im folgenden soll von den Erfahrungen mit Teilzeitweiterbildungsprogrammen im Oxfordgebiet berichtet werden. Dort besteht die Möglichkeit, eine Teilzeitweiterbildung zu erhalten, seit 1966. Von 1966 bis 1980 schlossen 249 Ärztinnen ein solches Programm erfolgreich ab. Im Jahre 1981 nahmen 120 Ärztinnen an einem solchen Programm teil. Auf der Ebene des senior house officer und registrar müssen für die Facharztanerkennung mit dem Ziel, consultant oder principal in general practice zu werden, 6-8 sessions pro Woche abgeleistet werden. Für Ärzte auf der Ebene des senior registrar umfaßt die zu leistende Arbeitszeit 5-8 sessions pro Woche. Ferner besteht im Raum Oxford eine Möglichkeit,

nur 1-2 sessions pro Woche zu arbeiten, falls Ärztinnen zu der Zeit nicht an einem regulären Weiterbildungsprogramm teilnehmen können.
Die folgende Tabelle gibt an, wieviele Ärztinnen in den Jahren 1972 bis 1975 an einem Weiterbildungsprogramm zum Facharzt im Raum Oxford teilnahmen.

Tabelle 18: Zahl der Ärztinnen, die an einem Teilzeitweiterbildungsprogramm teilnahmen, 1972-1975

	1972	1973	1974	1975
Teilnehmerinnen insgesamt	103	99	80	97
Teilzeitweiterbildung als registrar	32	36	22	22
Teilzeitweiterbildung als senior registrar	3	1	3	3

(Rue)

Die Teilnehmerinnen verteilten sich auf folgende Fächer:

Tabelle 19: Teilnehmerinnen an Teilzeitweiterbildungsprogrammen nach Fachrichtungen 1970 - 1975

Fachrichtung	1970	1972	1974	1975
Unfallchirurgie	-	1	-	1
Anästhesie	11	8	7	7
Lungenheilkunde	-	1	1	2
Zahnmedizin	-	1	2	3
Dermatologie	3	2	1	1
Innere Medizin	4	5	8	8
Allgemeine Chirurgie	1	1	1	2
Geriatrie	13	9	6	8
Psychiatrie	31	31	21	30
Gynäkologie/ Geburtshilfe	8	6	2	2
Ophthalmologie	1	1	6	5
Pädiatrie	11	12	8	12
Radiologie	1	1	3	3
Rheumatologie/ Rehabilitation	4	6	3	5
Gesamt	88	85	69	89

(Rue)

Die Tabelle zeigt, daß die meisten Ärztinnen sich im Fach Psychiatrie spezialisierten. Weitere Fachrichtungen, die häufig gewählt wurden, waren Geriatrie, Pädiatrie und Anästhesie. Zunehmend mehr Ärztinnen entschieden sich für eine Spezialisierung im Fach Innere Medizin.
Die Verteilung auf die Fachrichtungen ist abhängig davon, ob Teilzeitstellen eingerichtet werden und wenn, wieviele (Arie).
Laut Empfehlung des Royal College of Surgeons und des Royal College of Gynaecology sollte die Weiterbildung in den Fachrichtungen Chirurgie und Gynaekologie nur in Vollzeit absolviert werden, da sonst die nötigen Kenntnisse und Erfahrungen nicht in ausreichendem Maße vermittelt werden könnten (DHSS).

Von den Ärztinnen, die die Weiterbildung beendet haben, waren im Raum Oxford 71% auch danach teilzeitbeschäftigt (Swerdlow, Rue). Durch das Teilzeitweiterbildungssystem wurde außerdem 22 Ärztinnen aus dem Raum Oxford ein Aufstieg in consultant-Stellen besonders in solchen Fachrichtungen ermöglicht, in denen Bedarf besteht. Die folgende Tabelle gibt Aufschluß darüber, in welchen Fachrichtungen Ärztinnen im Zeitraum 1966-1980 eine Teilzeitweiterbildung absolvierten und wieviele von ihnen danach auf leitender Stelle (consultant) arbeiteten.

Tabelle 20: Ärztinnen in der Weiterbildung nach Rang und und Fachrichtung und spätere Tätigkeit in leitender Position 1966-1980

Fachrichtung	senior house officer/ registrar	danach consultant-Stelle	senior registrar	danach consultant-Stelle
Adult Medicine	55	12	5	2
Pädiatrie	38	5	4	-
Geriatrie	34	4	1	1
Chirurgie	22	3	-	-
Geburtshilfe/ Gynäkologie	27	1	-	-
Pathologie	30	5	7	-
Radiologie	8	4	3	1
Psychiatrie	82	10	10	1
Anästhesie	34	5	8	3
Zahnmedizin	5	2	-	-
andere Fächer	17	6	-	-
community medicine	3	-	1	-
community health/ family planning	-	20	-	-
General Practice	-	31	-	-
Gesamt	355	108	39	8

(Swerdlow, Rue)

Die Zahlen in der Tabelle zeigen deutlich, daß die Teilzeitweiterbildung dazu beiträgt, Ärztinnen den Weg in Leitungsstellen zu ermöglichen.
Gegenwärtig bestehen jedoch noch Probleme darin, für Ärztinnen nach Beendigung der Weiterbildung ihren Qualifikationen entsprechende Teilzeitstellen zu finden (Rue).

8. Das "Doctors' Retainer Scheme" als Möglichkeit der Wiedereingliederung nicht berufstätiger Ärztinnen in den Beruf

Seit 1972 läuft das Retainer Scheme des National Health Service mit dem Ziel, vorübergehend nicht berufstätige Ärzte ansprechen zu können und ihnen eine Möglichkeit zu geben, wieder in Kontakt mit ihrem Beruf zu treten, sich zu informieren und weiterzubilden. Auf diese Weise sollen sie in die Lage versetzt werden, eine Tätigkeit aufzunehmen, wenn ihre persönliche Situation ihnen dieses wieder erlaubt. Damit wendet sich das Programm besonders an Ärztinnen, die wegen häuslicher Verpflichtungen vorübergehend ihren Beruf aufgegeben haben. Ein Ziel des Programms ist es, bei steigendem Frauenanteil an ausgebildeten Ärzten die Zahl der nicht berufstätigen Ärztinnen möglichst zu verringern und sie wegen bestehenden Bedarfs zu einer Wiederaufnahme ihres Berufs zu motivieren.
Ärzte oder Ärztinnen, die die Teilnahme an diesem Programm wünschen, wenden sich an die regionale Gesundheitsbehörde. Dort werden sie als Mitglied aufgenommen und erhalten eine jährliche Unterstützung (1977: £75, 1981: £130, 1982: £155 pro Jahr), womit das Abonnement einer medizinischen Fachzeitschrift, Verbands- und Versicherungsbeiträge und sonstige Unkosten abgegolten werden sollen. Bedingungen für die Mitgliedschaft im Retainer Scheme sind: Eintreten in den Ärzteverband, Beitritt zu einer Berufshaftpflichtversicherung, Teilnahme an mindestens sieben Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr, die je nach den privaten Verpflichtungen von dem Mitglied selbst eingeteilt werden können, und das Abonnement einer medizinischen Fachzeitschrift. Ferner sollen mindestens zwölf bezahlte sessions pro Jahr, maximal zwei reguläre sessions pro Woche geleistet werden, soweit sich dies mit den privaten Verpflich-

tungen vereinbaren läßt. Die Mitgliedschaft besteht für einen Zeitraum von einem Jahr und kann verlängert werden. Die Mitglieder werden persönlich über Möglichkeiten in dem Fachgebiet, das sie interessiert, durch einen clinical tutor oder community physician beraten. Die Fortbildung wird dann auf das gewünschte Interessengebiet abgestimmt. Die Beratung erstreckt sich auch auf zukünftige Weiterbildungsmöglichkeiten zum Facharzt.

Das Retainer Scheme soll insbesondere Ärztinnen ansprechen, die aus privaten Gründen - Ehe, Kinder, familiären Verpflichtungen - ihren Beruf nicht ausüben. Häufig möchte eine Frau, die jahrelang ihre Kinder versorgt hat, ihre Berufstätigkeit wieder aufnehmen, wenn die Kinder älter und unabhängiger werden. Da sich die Medizin in technischer wie in theoretischer Hinsicht ständig weiterentwickelt, ist es extrem schwierig für Ärztinnen, die ihren Beruf nicht ausüben, ihr Wissen auf dem aktuellen Stand zu halten, um dann ohne Schwierigkeiten in der Zukunft praktizieren zu können. Mit dieser Schwierigkeit geht ein Verlust des Selbstbewußtseins und eine geringe Einschätzung der eigenen Kompetenz einher, was häufig zu Resignation führt und die Ärztinnen den Schritt zurück in den Beruf nicht wagen läßt. Die Unsicherheit zeigt sich darin, daß einige Ärztinnen beispielsweise gefürchtet hatten, daß ihnen bei Teilnahme an dem Programm Fragen zu ihrem Kenntnisstand gestellt würden. Auch war es ihnen peinlich, selber Fragen zu stellen. Erst nachdem ihnen versichert worden war, daß keine Fragen gestellt würden, waren sie zur Teilnahme bereit.

Das Retainer Scheme ist nur bedingt für chirurgische Fächer geeignet, weil hier praktische Kenntnisse direkt durch Operationen am Patienten erworben werden müssen. Diese Kontinuität der Praxis ist durch die sehr eingeschränkten praktischen Dienste des Retainer Schemes nicht gewährleistet (Clayton).

Bisher ist die Möglichkeit zur Teilnahme am Retainer Scheme nicht genügend wahrgenommen worden. Die Gründe dafür liegen einmal darin, daß zuwenig Informationen über das Programm verbreitet wurden und es dadurch nur wenigen Ärztinnen, die dafür in Frage kämen, bekannt ist. Man hat außerdem festgestellt, daß Informationen auf unpersönlichem Weg die entsprechenden Ärztinnen nicht anzusprechen vermochten. Ein Versuch, über die Gesundheitsbehörde Namen und Adressen nicht berufstätiger Ärztinnen herauszufinden und diese dann zu einem Informationstreffen einzuladen und persönlich anzusprechen, erwies sich als sehr erfolgreich. Eine Schwierigkeit besteht jedoch darin, nicht berufstätige Ärztinnen überhaupt aufzufinden, da die Erfassung dieser Gruppe äußerst mangelhaft ist. Die Führung entsprechender Karteien ist daher eine wichtige Forderung von seiten der Interessengruppen von Ärztinnen an örtliche postgraduate deans und regional medical officers.

Neben der persönlichen Ansprache an die interessierten Ärztinnen, die half, Ängste und Unsicherheitsgefühle zu mindern, war die individuelle Beratung wichtig, deren Ziel es war, zusammen mit der betreffenden Ärztin ein,ihren Interessen und Fähigkeiten entsprechendes Programm zu erstellen, das auch mit ihren familiären Verpflichtungen vereinbar war.

Das Ziel nach der einjährigen Teilnahme war, daß sich Ärztinnen entsprechend bewerben sollten, sei es, daß sie sich um eine Weiterbildung zum Facharzt auf einer Vollzeit- oder Teilzeitstelle bemühen sollten oder in einem anderen Bereich eine regelmäßige Tätigkeit aufnehmen oder wenigstens Vertretungen durchführen sollten.

Obwohl das Retainer Scheme insgesamt wenig in Anspruch genommen wird, wurde doch in den meisten Fällen erreicht, daß Ärztinnen zunächst auf einer Teilzeitstelle arbeiteten und dann mit der Zeit die Arbeitszeit steigerten.

II. ÄRZTINNEN IN DER SOWJETUNION

Die berufliche Stellung der Ärztin in der Sowjetunion steht in einem engen Zusammenhang mit demographischen, sozio-ökonomischen und politischen Faktoren. Da, wie folgende Zahlen zeigen, in der Bevölkerung ein Frauenüberschuß besteht, ergab sich für viele Frauen die Notwendigkeit, den eigenen Lebensunterhalt zu verdienen, anstatt als Ehefrau und Mutter vom Einkommen des Ehemanns zu leben (Parish).

Tabelle 1: Anteil Frauen an der Gesamtbevölkerung in der Sowjetunion

Jahr	% Frauen der Bevölkerung
1913	50,3%
1969	55 %
1970	53,9%
1980	53,3%

(Vladimirova)

Berufstätigkeit der Frau gilt als Beitrag zum Aufbau und Erhalt der Staatsgemeinschaft und wurde deshalb seit Beginn des Bestehens der Sowjetunion gefördert. Die Zahl der Ausbildungsplätze, Berufswahl und Verteilung der Arbeitsplätze werden jedoch vom Staat gesteuert, so daß die Möglichkeiten der Berufsausübung eingeschränkt werden. Im Arztberuf betrifft diese zentrale Lenkung besonders die Wahl der Fachrichtung und die Wahl des Ortes des Arbeitsplatzes (Parish, Field).
Der Arztberuf in der Sowjetunion ist schon seit Jahren ein Beruf, der überwiegend von Frauen ausgeübt wird.

Tabelle 2: Anzahl Ärztinnen in verschiedenen Jahren (alle Fachrichtungen)

Jahr	Zahl (in Tausend)	% der Gesamtärztezahl
1940	96.300	62%
1950	204.900	77%
1960	327.000	76%
1965	-	74%
1967	-	71%
1970	474.600	72%
1973	550.000	72%
1976	-	69%
1979	661.300	69%
1980	-	65%

(Vladimirova, Field, Lapidus, Relmann)

Nach Angaben von Field schließen die Zahlen in Tabelle 2 auch Stomatologen, Dentisten und teilweise auch Ärzte mit einer weniger umfassenden Ausbildung ein.

Die ärztliche Versorgung in der Sowjetunion hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert. Die Zahl der Ärzte hat sich im Zeitraum zwischen 1910 und 1970 um das 25fache erhöht. 1973 kamen auf 10000 Einwohner 30,5 Ärzte, 1980 dagegen 37,4 Ärzte (Vladimirova).
Obwohl die absoluten Zahlen einen Anstieg der Ärztinnen zeigen, deuten die Prozentangaben doch auf eine abnehmende Tendenz von Frauen in der Gesamtärzteschaft hin. Ein Blick auf die Zahlen der Medizinstudentinnen bestätigt diesen Trend. In der folgenden Tabelle wird die Zahl der Medizinstudentinnen den Zahlen der Studentinnen anderer Fächer gegenübergestellt.

Tabelle 3: Studentinnen im höheren Bildungssektor in %

Jahr	Verkehr Bauwesen Industrie Fernmelde-wesen	Land-wirt-schaft	Wirt-schaft	Medizin	Kultur Bil-dung	Gesamt
1928	13	17	21	52	19	28
1933	22	32	36	75	50	37
1937	28	30	41	68	48	43
1950	30	39	57	65	72	53
1955	35	39	67	69	72	52
1960	30	27	49	56	63	43
1962	28	25	-	54	62	42
1968	35	27	59	55	65	47

(Fogarty, Rapoport)

Die Tabelle zeigt, daß Studentinnen zunehmend auch andere Fächer als Medizin wählen und daß damit ein Rückgang des prozentualen Anteils an Medizinstudentinnen einhergeht. Die Ursachen hierfür liegen unter anderem darin begründet, daß die Zulassungsbedingungen zum Medizinstudium in den 60er Jahren geändert wurden. Per Regierungserlaß wurde die Zulassung von Frauen zum Studium von 85% auf 65% gesenkt (Lapidus). So wurde zeitweise der Nachweis einer mindestens zweijährigen beruflichen Tätigkeit vor Aufnahme des Medizinstudiums gefordert - eine Bedingung, die Männer häufiger erfüllten als Frauen. Ferner wirkten sich ein wachsender Bedarf an Militärärzten, wobei Männer bevorzugt wurden, und die Begünstigung von Kriegsveteranen bei der Studienplatzvergabe negativ auf die Zulassungsquote für Medizinstudentinnen aus (Fogarty, Rapoport). Field äußert die Vermutung, daß sich die Staatsführung auch deshalb zu einer Reduzierung von Studienanfängerinnen im Fach Medizin ent-

schlossen hat, weil die Produktiviät von Ärztinnen im Beruf geringer sei (Field). Derzeit wird von staatlicher Seite eine vermehrte Zulassung männlicher Studienbewerber zum Medizinstudium gefördert.

Obwohl Frauen im Arztberuf seit Jahren schon in der Mehrheit sind, finden wir sie in Spitzenpositionen unterrepräsentiert. Die vorliegenden Zahlen sind zwar etwas veraltet, aber es wird von verschiedenen Autoren auf das Ungleichgewicht der Verteilung von Ärztinnen in der Hierarchie hingewiesen. Parish spricht von geringen Chancen der Beförderung von Ärztinnen. Nach seinen Angaben haben weniger als 5% der Ärztinnen leitende Positionen inne. Lapidus schließt aus statistischem Material von 1970, daß, obwohl 7 von 10 Ärzten Frauen sind, die Hälfte der Führungspositionen von Männern besetzt werden. Der Frauenanteil nimmt mit steigender Qualifizierung, bei Stellen mit höherem Einkommen und wachsender Verantwortung ab (Lapidus, Sacks). Sacks gibt an, daß 1970 61% Frauen leitende Positionen innehatten. Er hält dieser Angabe jedoch entgegen, daß vom gesamten medizinischen Personal 1970 91% Frauen waren.

Tabelle 4: Ärztinnen in leitender Position 1956, 1959

	1956			1959	
	% Frauen	Frauen Zahlen	Männer	% Frauen	Frauen Zahlen
Leiter medizinischer Einrichtungen	57%	25000	19000	52%	23000
Ärzte	82%	156000	34000	79%	265000
Zahnärzte	83%	18000	4000	83%	26000

(Fogarty, Rapoport)

Zieht man in diesem Zusammenhang die Zahlen für höhere akademische Titel unter Ärztinnen in Betracht, so mag hierin ein Grund liegen, warum relativ wenig Ärztinnen in Spitzenpositionen aufsteigen.

Tabelle 5: Ärztinnen mit Ph.D. und higher doctorate-grad

Grad	1936-37	1956-58	1959-61	1962-64
Ph.D.	29	54	53	47
higher doctorate	11	51	41	42

(Fogarty, Rapoport)

Die Zahlen zeigen eine abnehmende Tendenz der Ärztinnen mit höheren akademischen Abschlüssen.

Im folgenden soll aufgezeigt werden, wie sich die Ärztinnen auf die verschiedenen Fachrichtungen verteilen. Im Zeitraum von 1967 bis 1971 bildeten sich insgesamt 67137 Ärzte zum Facharzt weiter. Davon waren 43954 Frauen, was einem prozentualen Anteil von 65,4% entspricht.

Tabelle 6: Verteilung auf die Fachrichtungen im Zeitraum 1967-1971

Fachrichtung	Gesamt	Frauen	%Frauen
Augenheilkunde	784	667	85 %
Gynäkologie/Geburtshilfe	1255	1048	83,5%
Pädiatrie	6120	4914	80,2%
Innere Medizin	14307	11146	77,9%
Lungenkrankheiten	2416	1797	74,3%
Dermatologie	819	598	73 %
Kieferorthopädie			
Mundchirurgie	2521	1831	72,6%
Neuropathologie	1972	1423	72,1%
Hygiene	13526	9294	68,7%
HNO	841	567	64,4%
Psychiatrie	2290	1467	64 %
Radiologie/Röntgen	2152	1336	62 %
Pathologie/Gerichtsmed.	879	402	45,7%
Chirugie	9014	3235	35,8%

(Vladimirova)

Gynäkologie und Pädiatrie waren lange Zeit eine Domäne der Frauen. Ursprünglich galten diese Fachrichtungen als besonderer Zuständigkeitsbereich der Ärztin. Wie die Tabelle zeigt, hat sich das in den letzten Jahren geändert. Auffällig ist, daß gemessen an dem hohen Frauenanteil in der Ärzteschaft Ärztinnen in dem Fach Chirurgie unterrepräsentiert sind.

Die Tatsache, daß Frauen in der Sowjetunion seit Jahren über 50% der Ärzteschaft ausmachen, ist immer wieder Anlaß zur Diskussion gewesen. Es wird nach Gründen für die Beliebtheit dieses Berufs bei Frauen gefragt und danach, wie der hohe Frauenanteil zu bewerten ist.

Es ist wenig bekannt über Ausbildungszeit, Arbeitszeit und Einkommen im Arztberuf in der Sowjetuion. Ein Grund für die Bevorzugung des Arztberufs unter Frauen liegt darin, daß die Arbeitszeit auf die Bedürfnisse der Ärztinnen zugeschnitten ist. Field hat in seiner Untersuchung herausgefunden, daß die durchschnittliche Arbeitszeit eines Arztes in der Sowjetunion unter der eines amerikanischen Arztes liegt. Die Wochenarbeitszeit wie auch die Lebensarbeitszeit ist kürzer (Fogarty, Rapoport). Field gibt an, daß das Ruhestandsalter in der Sowjetunion bei 55 Jahren liegt. Die wöchentliche Pflichtstundenzahl liegt für Ärzte bei 40 Stunden; es besteht die Möglichkeit, diese um 20 Stunden zu verlängern, wofür dann entsprechend mehr Gehalt gezahlt wird. Diese Möglichkeit wird von Ärzten vielfach wahrgenommen, während Ärztinnen häufig nur für die Dauer der Pflichtstundenzahl arbeiten, um ihren familiären Pflichten nachkommen zu können (Field). Die Arbeitszeit von Ärztinnen liegt nach Schätzungen im Jahr 42% unter der der männlichen Kollegen (Field).

Obwohl die Berufstätigkeit für die Frau im allgemeinen eine Notwendigkeit ist, sei es, weil sie alleinstehend ist oder weil das Familieneinkommen des Mannes als Alleinver-

diener nicht ausreicht, fällt der Frau die Hauptlast bei der Kindererziehung und bei der Haushaltsführung zu. Ehemänner verbringen nur einen Bruchteil der von Frauen aufgebrachten Zeit mit Hausarbeiten (Fogarty, Rapoport). Die Anzahl der Kindertagesstätten sind zwar in den letzten Jahren erhöht worden, dennoch ergeben sich hohe Fehlzeiten für die Frau im Beruf, wenn das Kind krank ist. Besonders zeitaufwendig sind auch die langen Einkaufszeiten, die sich durch Versorgungsknappheiten für die Bevölkerung ergeben. Verglichen mit westlichen Ländern entfallen im sowjetischen Haushalt Maschinen, die zeitsparend wirken (Sacks, Lapidus).

Die Notwendigkeit, den häuslichen und familiären Pflichten angemessen nachzukommen, hat bei vielen Frauen dazu geführt, daß sie sich weniger im Beruf engagieren, was z.B. bei Ärztinnen bedeutet, daß sie weniger Zeit für Weiterbildung zur Verfügung haben, was sich wiederum negativ auf den beruflichen Aufstieg auswirkt (Lapidus).

Der Arztberuf gehört zu den weniger beliebten akademischen Berufen und ist vom gesellschaftlichen Ansehen etwa mit dem der Lehrer in westlichen Ländern vergleichbar, einem Beruf, der ebenfalls einen hohen Frauenanteil aufweist. Frauen sind in den besser bezahlten, angeseheneren Berufen wie z.B. im Ingenieurwesen in der Sowjetunion wesentlich weniger vertreten. Weil Ärzte sehr schlecht bezahlt werden, wird dieses Feld gern Frauen überlassen (Lapidus). Die Gleichberechtigung scheint keinesfalls weitergehend verwirklicht als in westlichen Ländern, wenn nicht nur im Arztberuf, sondern auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen Frauen die weniger angesehene, schlechter bezahlte Arbeit verrichten, während sie in Spitzenpositionen, z.B. im Zentralkommittee der Kommunistischen Partei mit weniger als 3% unter den Mitgliedern vertreten sind (Nagorski).

III. ÄRZTINNEN IN DEN U.S.A.

1. Studium

Die Zahl der Medizinstudentinnen hat sich während der siebziger Jahre in jedem Jahr erhöht. Am Anfang der 70er Jahre gab es unter zehn Studienabgängern eine Frau, Ende des Jahrzehnts dagegen war eine von vier Studienabgängern weiblich. Diese Entwicklung ist im wesentlichen auf drei Faktoren zurückzuführen:

In den sechziger Jahren begann man, den niedrigen Frauenanteil in der Ärzteschaft als eine Diskriminierung der Frau anzusehen. 1964 wurde ein entsprechendes Gesetz (Civil Rights Act) erlassen, das der Diskriminierung entgegenwirken sollte. Dieses Gesetz wurde 1972 noch durch den Titel IX der Education Amendments ergänzt, der die Gleichberechtigung der Frauen im Bildungswesen gewährleisten sollte. Im November 1970 wurde diese Gesetzgebung dadurch unterstützt, daß die Association of American Medical Colleges (AAMC) eine Resolution zur Gleichberechtigung verabschiedete und sich fortab dafür einsetzte, in der Ausbildung der Ärzte Frauen besonders zu fördern und damit Gleichberechtigung zu praktizieren.

Nicht zuletzt hat auch die Frauenbewegung zu dem steigenden Anteil an Ärztinnen beigetragen, indem sie einmal zur Sensibilisierung der Betroffenen für Verstöße gegen die Antidiskriminierungsgesetzgebung beitrug, andererseits durch Schaffung eines neuen Selbstbewußtseins unter Frauen die Anerkennung der eigenen Fähigkeiten förderte, was die Entscheidung für eine eigene Karriere der Ärztin begünstigte.

In den Jahren 1972 bis 1977 stieg die Zahl der weiblichen Studienbewerber insgesamt um 87%, danach von 1975 bis 1980 nur noch um 6%. Obwohl die Gesamtzahl der Studienbewerber

seit 1977 rückläufig ist, nimmt die Zahl der weiblichen Bewerber nicht proportional ab.

Tabelle 1: Studienbewerber an U.S. Medical Schools und Neuzugänge im ersten Studienjahr (1972/73 bis 1979/80)

Jahr	Gesamtzahl der Bewerber	weibliche Studienbewerber	in %	Gesamtzahl Studenten im 1. Jahr	Anteil an Studentinnen	in %
1972/73	36.135	5.480	15,2%	13.677	2.300	16,8%
1976/77	42.155	10.244	24,3%	15.613	3.858	24,7%
1977/78	40.569	10.195	24,1%	16.136	3.130	25,6%
1978/79	36.636	9.561	26,1%	16.530	4.173	25,2%
1979/80	36.141	10.222	28,3%	16.930	4.713	27,8%

(Wilson)

Wie die folgende Tabelle über Zulassungen zum Medizinstudium zeigt, wurden von 1972/73 bis zum Studienjahr 1977/78 mehr Frauen als Männer zum Studium zugelassen. In den darauf folgenden Jahren 1978/79 und 1979/80 lag die Zulassungsrate für Frauen erstmalig wieder unter der der Männer. Im Jahre 1981 war das Verhältnis von Bewerbungen verglichen mit den Zulassungen für Männer und Frauen gleich; die Zulassungsrate lag bei 48%.

Tabelle 2: Vergleich der Zulassungen für männliche und weibliche Studienbewerber (1972/73 bis 1979/80)

	Zahl der Bewerber Männer	Frauen	Zahl der zugelassenen Studenten Männer	Frauen	in % Männer	Fraue
1972/73	30.655	5.480	11.398	2.359	37,2%	43,0
1976/77	31.911	10.244	11.852	3.922	37,1%	38,3
1977/78	30.374	10.195	11.896	4.081	39,2%	40,0
1978/79	27.075	9.561	12.352	4.175	45,6%	43,7
1979/80	25.919	10.222	12.156	4.730	46,9%	46,3

(Wilson)

Die höhere Zulassungsrate für weibliche Studienbewerber spiegelt den Vorsatz der Aufnahmegremien wider, Benachteiligung von Frauen zu verhindern. Die höhere Zulassungsrate kann nicht nur auf eine Begünstigung durch weibliche Mitglieder in den Gremien zurückgeführt werden, da diese 1972 z.B. nur mit 8% in den Gremien vertreten waren. Außerdem wurde eine nur geringe positive Korrelation (r=0.19) zwischen weiblichen Gremiumsmitgliedern und zugelassenen Studientinnen ermittelt (Wilson).

Die folgende Tabelle sagt etwas über die Zulassung von Studenten verschiedener Altersgruppen zum Studium aus.

Tabelle 3: Zulassungen nach Alter und Geschlecht der Bewerber 1977/78

	Bewerber	in %	zugelassen	in %	Männer Bewerber	Männer Zugelassen	Männer in %	Frauen Bewerber	Frauen Zugelassen	Frauen in %
bis 20	858	2,1	520	60,6	556	334	60,1	302	186	61,6
21-23	24197	59,6	11269	46,6	18331	8633	47,1	5866	2636	44,9
24-27	11093	27,3	3133	28,2	8477	2276	26,8	2616	857	32,8
28-31	3271	8,1	840	25,7	2309	540	23,4	962	300	31,2
32-37	967	2,4	196	20,3	592	103	17,4	375	93	24,8
über 38	181	0,4	19	10,5	108	10	9,3	73	9	12,3
andere	2	-	-	-	1	-	-	1	-	-
Gesamt	40569	100	15977	39,4	30374	11896	39,2	10195	4081	40
Durchschnittsalter		24,3		23,1		24,2	23,0		24,4	23,4

(Wilson)

In der Altersgruppe 21-23 Jahre lag die Zahl der Zulassungen bei Männern höher als bei Frauen. In den Altersgruppen über 24 wurden mehr Frauen als Männer zugelassen. In diesen Gruppen steigt der Frauenanteil unter den Bewerbern proportional. Das mag damit zusammenhängen, daß Frauen sich häufig erst spät für den Arztberuf entscheiden, nachdem sie vorher andere, eher mit der herkömmlichen Frauenrolle zu vereinbarende Berufe erlernt haben (Braslow, Heins).
Der aufsteigende Trend von Studienanfängerinnen im Fach Medizin hält weiter an. Die Zahl der Einschreibungen von Studentinnen hat sich seit 1959 mehr als verzehnfacht. Die Zahl der Studienabgängerinnen hat sich dem Anstieg an Medizinstudentinnen entsprechend erhöht wie aus der folgenden Tabelle 4 hervorgeht.

In den Jahren 1949 bis 1958 lag die Zahl derer, die ihr Studium abbrachen, für Frauen bei 7%, für Männer bei 5%. Die Zahlen der Studienabbrecher sind seit jener Zeit bis 1972 um die Hälfte zurückgegangen (Mandelbaum). Besondere Studienberatungen für Frauen und gegenseitige Unterstützung der Studentinnen haben dazu beigetragen, daß mittlerweile die Zahlen der männlichen und weiblichen Studenten, die ihr Studium abbrechen, sich nicht wesentlich voneinander unterscheiden (Braslow, Heins).

Tabelle 4: Zahlen (und Prozent) von Frauen an U.S. Medical Schools von 1959/60 bis 1981/82

Jahr	Bewerberinnen	Studienanfängerinnen	Insgesamt eingeschrieben	Studienabgängerinnen
1959/60*	1026 (6,9%)	494 (6,0%)	1710 (5,7%)	405 (5,7%)
1969/70*	2289 (9,45)	948 (9,1%)	3390 (9,0%)	700 (8,4%)
1970/71*	2734 (10,9%)	1256 (11,1%)	3894 (9,6%)	827 (9,2%)
1971/72	3737 (12,8%)	1693 (13,7%)	4755 (10,9%)	860 (9,0%)
1972/73	5480 (15,2%)	2315 (16,9%)	8099 (12,8%)	924 (8,9%)
1973/74	7202 (17,8%)	2743 (19,6%)	7731 (15,4%)	1284 (11,1%)
1974/75	8712 (20,4%)	3260 (22,3%)	9786 (18,1%)	1706 (13,4%)
1975/76	9575 (22,6%)	3656 (23,8%)	11527 (20,5%)	2200 (16,2%)
1976/77	10244 (24,3%)	3876 (24,7%)	13059 (22,4%)	2611 (19,2%)
1977/78	10195 (25,1%)	4149 (25,7%)	14373 (23,8%)	3086 (21,4%)
1978/79	9561 (26,1%)	4184 (25,2%)	15293 (24,4%)	3445 (23,0%)
1979/80	10222 (28,3%)	2748 (27,9%)	16315 (25,4%)	3497 (23,1%)
1980/81	10644 (29,5%)	4970 (28,9%)	17373 (26,5%)	3892 (24,8%)
1981/82	11673 (31,8%)	5343 (30,8%)	18555 (27,9%)	3991 (25,0%)

* (Braslow, Heins)
alle übrigen Zahlen: (Crowley, Etzel, Petersen)

2. Zahlenmäßige Verteilung

Die Zahl der Ärztinnen in den U.S.A. hat sich in den letzten Jahren erhöht.

Tabelle 5: Zahl der Ärztinnen 1950 bis 1978

Jahr	Ärztinnen	% Frauen	Ärzte insgesamt
1950	11823	6,1%	191.947
1960	15672	6,0%	260.484
1970	24088	7,2%	334.023
1973	30568	8,3%	366.379
1976	30793	8,6%	357.762
1978*	45540	10,4%	437.486

* (Braslow, Heins)
(Walsh)

Der Anteil an nicht berufstätigen Ärztinnen betrug 1970 18,1% und ging 1972 auf 13,2% zurück (Mandelbaum).
Die steigende Zahl weiblicher Medizinstudentinnen beginnt sich in den letzten Jahren in einem Anstieg der Zahlen der weiblichen residents auszudrücken. Diese Zahlen bestätigen, daß verhältnismäßig wenige Frauen ihr Studium abbrechen bzw. ihren Beruf nicht ausüben.

Tabelle 6: Weibliche residents 1970 bis 1981

1970	1974	1978	1979	1980	1981
1605*	2902**	10945*	12431***	13738***	16040***

* (Braslow, Heins)
** (Supplement on Medical Education)
*** (Dimond)

3. Familienstand

Die meisten amerikanischen Ärztinnen sind verheiratet. Die Zahl der verheirateten Ärztinnen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten erhöht, wie aus folgender Tabelle hervorgeht. Entsprechend gestiegen ist auch die Zahl der Ärztinnen mit Kindern.

Tabelle 7: Familienstand von Ärztinnen 1957 und 1976

Familienstand	1957	1976
ledig	31%	23%
verheiratet	57%	67%
verheiratet mit Kindern	52%	69%

(Heins, Braslow)

In der Untersuchung von Nadelson, Notman und Lowenstein wurde aufgezeigt, daß sich Ärztinnen nach dem Studium trotz der Ehe für die Berufstätigkeit entscheiden. Unter jüngeren Ärztinnen zeichnete sich der Trend ab, den Zeitpunkt, Kinder zu bekommen, zu verschieben oder ganz auf Kinder zu verzichten.
Die Scheidungsrate liegt bei Ärztinnen höher als bei Ärzten, aber sie liegt nicht über der Zahl der geschiedenen Frauen in anderen Berufsgruppen (Nadelson, Notman, Lowenstein).

4. Stellung in der Hierarchie

Zur Stellung der Ärztin im akademischen Bereich gibt es verschiedene Untersuchungen.
Ärztinnen sind weniger in Standesorganisationen organisiert als Ärzte. Sie sind in leitenden Positionen unterrepräsentiert. Das American Board of Medical Specialties umfaßte 1980 364 leitende Angestellte, von denen nur 11 Frauen waren. Das entspricht einem Frauenanteil von 3% (Braslow, Heins).
Im akademischen Bereich hat sich die Anzahl der Ärztinnen gegenüber früheren Jahren erhöht. Auffällig ist hierbei der hohe Anteil von Frauen auf unteren Rängen, d.h. ohne höhere Qualifikation wie M.D. oder M.D./Ph.D.

Tabelle 8: Verteilung der Mitglieder der medizinischen Fakultät nach Geschlecht und Titel

Titel	1967-1968 Männer	1967-1968 Frauen	1977-1978 Männer	1977-1978 Frauen
M.D./Ph.D.	96,1%	3,9%	94,7%	5,3%
M.D.	91,1%	8,9%	89,5%	10,5%
Ph.D.	87,4%	12,6%	84,1%	15,9%
ohne Titel	45,9%	54,1%	43,1%	56,9%
Gesamt	15436	2365	34912	6249
Gesamt in %	86,7%	13,3%	84,8%	15,2%

(Braslow, Heins)

Da sich die Zahl der Fakultätsmitglieder insgesamt in dem betrachteten Zeitraum erhöht hat, beträgt der tatsächliche Anstieg von Ärztinnen nur 1,9%. Setzt man diese Zahl zu der Anzahl von Studienabgängerinnen in Beziehung, so ist der Frauenanteil an medizinischen Fakultäten hoch. Zahlen

der Faculty Roster zufolge betrug der Anteil der weiblichen Studienabgänger für 1960 5,7%, davon sind 14% Frauen, dagegen nur 9,6% Männer Mitglieder einer medizinischen Fakultät. Dieser Trend ist durchgängig auch für andere Jahrgänge. Unter Professoren sind Frauen dagegen unterrepräsentiert. Auf höchster Verwaltungsebene sind Frauen kaum vertreten.

Tabelle 9: Prozentanteil von Ärztinnen auf Verwaltungsebene an American Medical Schools 1975/76 bis 1980/81

Position	Jahr 1975/76	1977/78	1979/80	1980/81
Deans	0	0	0	0
Associate Deans	3,4%	4,0%	7,8%	7,0%
Assistant Deans	11,7%	11,3%	18,7%	17,1%

(Braslow, Heins)

Wie Tabelle 9 zeigt, leitet keine Ärztin eine amerikanische Medical School. Bei der Leitung der verschiedenen Abteilungen sieht es ähnlich aus. 1978 leiteten nur 33 Ärztinnen jeweils eine der insgesamt 2400 Abteilungen an Medical Schools. 1980 stieg ihre Zahl auf 56. 1978 hatten also 1,3% Frauen Abteilungsleiterstellen inne, 1980 waren es 2,3%. Die folgende Tabelle zeigt, welche Abteilung von Ärztinnen geleitet wurden.

Tabelle 10: Ärztinnen als Abteilungsleiterinnen 1978 und 1980

Abteilung	Jahr 1978	1980
Anatomie	3	7
Biochemie	0	2
Genetik	1	0
Mikrobiologie	2	5
Pathologie	3	2
Physiologie	2	1
Pharmakologie	2	2
Anästhesie	1	3
Dermatologie	1	2
Notfallmedizin	0	1
Allgemeinmedizin	3	4
Innere Medizin	1	1
Neurologie	1	1
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	1	0
Pädiatrie	6	8
Rehabilitationsmedizin	5	5
Öffentliches Gesundheitswesen	0	4
Psychiatrie	0	4
Radiologie	1	2
Andere	0	3

(Braslow, Heins)

Die Aufstellung zeigt, daß Ärztinnen mehr klinische Fachabteilungen als theoretische leiten. Unter den nichtklinischen Fächern fallen Anatomie und Mikrobiologie auf, weil dort der Frauenanteil unter den leitenden Positionen vergleichsweise hoch liegt. Bei den klinischen Fächern weisen Pädiatrie, Rehabilitationsmedizin, Psychiatrie und Allgemeinmedizin deutlich mehr Abteilungsleiterinnen auf als die übrigen Fächer. Vergleich man jedoch den Gesamtanteil von weiblichen Fakultätsangestellten mit den leitenden Stellen der Fakultäten wie z.B. im Fach Pädiatrie, wo 27% aller Fakultätsmitglieder Ärztinnen sind, die aber nur 7% der Lehrstühle innehaben, so fällt hier ein deutliches Mißverhältnis auf. Bemer-

kenswert scheint außerdem, daß die steigende Zahl der Medizinstudentinnen sich nicht auf die Zahl der lehrenden Ärztinnen auswirkt (Braslow, Heins).
In einer Studie über die durchschnittliche Beförderungszeit an vier amerikanischen Colleges wurde ermittelt, daß Frauen wesentlich langsamer befördert werden als Männer.

Tabelle 11: Durchschnittszeit bis zur Beförderung auf einen akademischen Rang in Jahren und nach Geschlecht

Medical School	assistant professor		associate professor		professor	
	Männer Zahl/Jahre	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Southern College	108/2	15/4	60/5	4/10	61/9	3/17
Midwestern College	*-/3	-/4,6	-/3,2	-/6,6	-/5	-/9
Northeastern College:						
Medicine	15/0,9	5/2	13/4,8	1/18	10/7	1/13
Pädiatrie	2/2	4/4,5	5/5,2	1/6	1/0	2/4,5
Chirurgie	17/0,2	2/1,5	7/5,4	0/-	15/6	0

*Hier liegen keine Angaben über absolute Zahlen vor.

(Wallis)

5. Arbeitszeit

In einer Untersuchung über die Arbeitszeit von Ärztinnen wurde ermittelt, daß die durchschnittliche Lebensarbeitszeit in Jahren bei Ärztinnen 12,6 Jahre, bei Ärzten 35,8 Jahre beträgt (Jussim, Muller).
Nach einer Untersuchung der American Medical Association über die durchschnittliche Arbeitszeit in den einzelnen Fachrichtungen im Jahre 1977 ergibt sich für Frauen eine Arbeitszeit, die 4/5 der der Männer beträgt.

Tabelle 12: Arbeitszeit in Stunden pro Woche nach Geschlecht

Fachrichtungen (Anzahl der Ärzte)	Männer (4122)	Frauen (954)
Insgesamt (5075)	50,8 Std.	41,6
Allgemeinmedizin (1019)	49,9	41,6
Innere Medizin (788)	53,2	46,0
Chirurgie (1040)	53,3	47,7
Pädiatrie (400)	49,9	39,1
Gynäkologie/Geburtshilfe (387)	51,7	42,0
Radiologie (236)	48,0	41,2
Psychiatrie (454)	46,5	37,4
Anästhesie (221)	50,8	47,6
Andere (531)	46,6	41,9

(Wilson)

Setzt man die durchschnittlichen Jahre an Berufstätigkeit der Jussim/Muller-Untersuchung zu dem Material über die Arbeitszeit der AMA-Untersuchung (siehe Tabelle 12) in Beziehung, so ergibt sich, daß Ärztinnen im Laufe ihrer Berufslaufbahn ungefähr 25% weniger praktizieren als ihre männlichen Berufskollegen (Wilson).

6. Verdienst

Ärztinnen wählen häufiger als ihre männlichen Kollegen eine Tätigkeit in Krankenhäusern oder anderen Institutionen, an denen Arbeitszeit und Gehalt fest geregelt sind. Ärzte arbeiten dagegen mehr in freien Praxen, "fee-for-service-settings", die über ein eigenes Abrechnungssystem verfügen. Ärzte, die freiberuflich in einer Praxis arbeiten, verdienen mehr als angestellte Ärzte. 1978 waren 92% der Ärzte gegenüber 73,8% der Ärztinnen freipraktizierend.

Da Ärztinnen weniger in operativen Fächern repräsentiert sind, in denen durchschnittlich mehr verdient wird, liegt ihr Verdienst unter dem der Ärzte.
Das mittlere Durchschnittseinkommen einer freien Praxis betrug 1978 $ 65.000. Das Einkommen von Ärztinnen betrug zwischen 60% und 69% dieser Summe. Das ist zum Teil darauf zurückzuführen, daß unter niedergelassenen Ärzten 53% der Ärztinnen sich auf die Fächer Psychiatrie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin verteilen, wogegen sie in den chirurgischen Fächern mit höherem Einkommen unterrepräsentiert sind. 1978 z.B. waren 24% der männlichen niedergelassenen Ärzte und nur 4% der niedergelassenen Ärztinnen Chirurgen.

Ärztinnen verdienen auch deshalb weniger, weil sie eine niedrigere Arbeitszeit aufweisen als Männer (Relman). Die durchschnittliche Arbeitszeit pro Jahr liegt bei Ärztinnen unter der der Ärzte.

Tabelle 13: Durchschnittswerte der Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen 1977

Ärztinnen	43,7 Stunden/Woche	45,9 Wochen/Jahr
Ärzte	50,9 Stunden/Woche	47,1 Wochen/Jahr

(Rinke 1)

Ärztinnen, die aus familiären Gründen oder wegen eines Mutterschaftsurlaubs ihre Tätigkeit unterbrechen bzw. teilzeit arbeiten, verdienen dadurch weniger. Bei mehr als einer sechsmonatigen Unterbrechung bzw. Teilzeitarbeit betrug die Einkommenseinbuße 77% im Gegensatz zu den Frauen, die das Jahr über voll arbeiten.

7. Fachrichtungen

Wie die folgende Tabelle über die Verteilung von Ärztinnen auf die verschiedenen Fachrichtungen zeigt, gehören Pädiatrie, Pathologie, Psychiatrie und Anästhesie zu den am häufigsten gewählten Fachrichtungen. Der Frauenanteil ist in diesen Fachrichtungen mit Ausnahme der Anästhesie in den Jahren 1963 bis 1976 gestiegen. Wie aus Tabelle 14 hervorgeht, sind Ärztinnen in diesen Fachrichtungen gegenüber ihrem Anteil in der Gesamtärzteschaft, der für das Jahr 1976 8,6% betrug (Walsh), überproportional hoch vertreten.

Tabelle 14: Fachrichtungen berufstätiger Ärzte in U.S.A. nach Geschlecht 1963 und 1976

Fachrichtung	1976 Gesamt	1976 Männer	1976 Frauen	1976 Frauenanteil in der Fachrichtung in %	1963 Frauenanteil in der Fachrichtung in %
alle Fächer	348443	319477	28966	8,3	5,7
Anästhesie	13182	11346	1836	13,9	13,3
Allgemeinmedizin	55479	52315	3164	5,7	4,2
Innere Medizin	57911	53429	4482	7,7	4,4
Gynäkologie/ Geburtshilfe	22294	20397	1897	8,5	5,8
Pathologie	12126	10378	1748	14,4	9,3
Pädiatrie	23516	18030	5486	23,3	18,3
Psychiatrie	27076	23034	4042	14,9	11,7
Radiologie	12937	12091	846	6,5	3,8
Andere	123922	118457	5465	4,4	3,4

(Wilson)

Die folgende Tabelle zeigt einen deutlichen Anstieg des Frauenanteils in der Fachrichtung Innere Medizin; von 1963 mit 10,1% auf 15,5% im Jahre 1976.

Tabelle 15: Prozentuale Verteilung auf die Fachrichtungen berufstätiger Ärzte nach Geschlecht, 1963 und 1976

Fachrichtung	1976 Gesamt	Männer	Frauen	1963 Gesamt	Männer	Frauen
Insgesamt (in Tausend)	348.4	319.5	29.0	261.7	246.8	15.0
Anästhesie	3.8%	3.6%	6.4%	2.9%	2.7%	6.8%
Allgemeinmedizin	15.9%	16.4%	10.9%	28.1%	28.5%	20.7%
Innere Medizin	16.6%	16.7%	15.5%	13.3%	13.5%	10.1%
Gynäkologie/ Geburtshilfe	6.4%	6.4%	6.5%	6.0%	6.0%	6.1%
Pathologie	3.5%	3.2%	6.0%	2.8%	2.7%	4.6%
Pädiatrie	6.7%	5.6%	18.9%	5.4%	4.7%	17.4%
Psychiatrie	7.7%	7.2%	14.0%	6.3%	5.9%	13.0%
Radiologie	3.7%	3.8%	2.9%	3.3%	3.4%	2.2%
Andere	35.6%	37.1%	18.9%	31.8%	32.6%	19.1%

(Wilson)

Gestiegen ist die Zahl der Ärztinnen auch in der Fachrichtung Radiologie. Im Jahre 1981 betrug der Ärztinnenanteil in diesem Fach 8,6%. Diese Zahl schließt residents nicht mit ein. Das Fach Radiologie gehörte im Zeitraum 1975 bis 1980 zu den Fachrichtungen, die den größten Anstieg an Ärztinnen verzeichnen konnten, nämlich einen Anstieg von 73,2% (Gooding).

Tabelle 16 gibt Aufschluß über die von residents gewählten Fachrichtungen:

Tabelle 16: Prozentuale Verteilung der residents auf die Fachrichtungen nach Geschlecht 1970, 1974 und 1978 (US und kanadische Graduierte)

Fachrichtungen	1970 Männer	1970 Frauen	1974* Frauen	1978 Männer	1978 Frauen
insgesamt	n=22011	n=1605	n=2902	n=47959	n=10945
Anästhesie	3,3	4,5	3,7	4,0	4,1
Allgemeinmedizin	1,0	0,5	4,6	10,6	8,5
Innere Medizin	19,8	18,1	18,4	28,2	24,3
Geburtshilfe/ Gynäkologie	6,7	4,7	5,7	7,1	9,4
Pathologie	4,2	8,6	6,3	3,6	7,5
Pädiatrie	5,2	22,1	20,5	6,5	20,1
Psychiatrie	11,1	22,8	14,5	5,8	11,7
Radiologie	10,7	8,7	5,2	5,6	5,0
Chirurgische Fächer	37,7	10,1	6,4	28,6	9,1

(Braslow, Heins)

* (Supplement on Medical Education)

Es fällt auf, daß mehr Ärztinnen Gynökologie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin wählen, während der Trend in den Fachrichtungen Pädiatrie, Psychiatrie und Pathologie rückläufig ist. In der Fachrichtung Chirurgie zeichnet sich bei Ärzten ein Rückgang ab, während in Innerer Medizin und in Allgemeinmedizin wie bei den Ärztinnen ein steigender Anteil an Ärzten vertreten ist. In den chirurgischen Fachrichtungen ist der Frauenanteil im Verhältnis zu der Verteilung der Ärztinnen auf die Fachrichtungen insgesamt konstant geblieben.

8. Teilzeitprogramme für die Weiterbildung zum Facharzt

Um Ärztinnen, besonders solchen mit familiären Verpflichtungen die Fortsetzung ihrer Berufstätigkeit bzw. eine Weiterbildung zur Fachärztin zu ermöglichen, ist die Notwendigkeit erkannt worden, internships und residencies als Teilzeitstellen anzubieten.
Eine Umfrage des Medical College of Pennsylvania bei 119 Leitern von Krankenhäusern und Vertretern der Ärztekammern ergab, daß bei 15% der Befragten die Bereitschaft, entsprechende Teilzeitstellen einzurichten, vorhanden war (Walsh).

Tatsächlich existieren jedoch nur wenige solcher Stellen an den Krankenhäusern. In dieser Umfrage wurden ebenfalls Studenten befragt (206 Studentinnen, 96 Studenten wurden befragt, die Antwortrate lag bei 84%), ob sie Weiterbildung auf einer Teilzeitstelle wünschten. 39% der Befragten zeigten sich interessiert daran. Dieses Interesse bestand außer bei Müttern mit Kindern auch bei männlichen Studenten, die Unzufriedenheit mit der langen Arbeitszeit während der Weiterbildung äußerten (Burkett, Gabrielson).
Der Bedarf an solchen Stellen wird mit wachsendem Frauenanteil unter Medizinstudenten weiter steigen. Im Zusammenhang damit ist der Erlaß "Health Professions Educational Assistance Act" von 1976 zu sehen, der die Teilung von ganzen resident-Stellen in bestimmten Fachrichtungen fordert (Sutnick, McLeer).
Zwischen 1968 und 1975 gab es pro Jahr 100 Programme für die Weiterbildung auf Teilzeitstellen. Es ist jedoch nicht möglich, das Verhältnis zwischen Angebot und Bedarf an solchen Stellen genau einzuschätzen (Burkett, Gabrielson).

Ein solches Programm wurde 1968 von Dr. Harold Kaplan initiiert, um Ärztinnen, die wegen familiärer Verpflichtungen an keiner regulären Weiterbildung teilnehmen konnten, die

Möglichkeit zu geben, sich im Fach Psychiatrie zur Fachärztin auf einer Teilzeitstelle weiterzubilden. In sieben Jahren nahmen 64 Ärztinnen erfolgreich an dem Programm teil, nicht eine von ihnen unterbrach ihre Berufstätigkeit während der Zeit (Kaplan, zit. nach Walsh).

Im Jahr 1974 waren in den U.S.A. insgesamt 1% der Ärztinnen auf Teilzeitstellen als interns oder residents tätig. Zwei Drittel der Weiterbildungsstellen wurde in den Fachrichtungen Psychiatrie und Pädiatrie angeboten, Fachrichtungen, die traditionell einen hohen Frauenanteil aufweisen (Walsh).
Die folgende Tabelle zeigt, wie sich 1974 Teilzeit-resident-Stellen verschiedener Fachrichtungen auf männliche und weibliche Ärzte verteilten.

Tabelle 17: Teilzeit-resident-Stellen nach Fachrichtungen und Geschlecht

Fachrichtung	Ärzte	Ärztinnen
Anästhesie	6	4
Kinderpsychiatrie	8	7
Allgemeine Chirurgie	1	1
Family Practice	3	1
Innere Medizin	1	6
Gynäkologie/Geburtshilfe	-	2
Orthopädie	1	-
Pathologie	3	8
Pädiatrie	2	11
Rehabilitation	-	1
Plastische Chirurgie	1	-
Psychiatrie	16	33
Radiologie	-	2
Gesamt	42	76

(Supplement on Medical Education)

Die Tabelle bestätigt noch einmal die Beliebtheit der Fachrichtungen Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Pädiatrie und Pathologie bei Ärztinnen. In diesen Fachrichtungen werden die meisten Teilzeitstellen angeboten und hier finden sich auch die höchsten Anteile an Ärztinnen. Psychiatrie und Anästhesie wurden auch von Männern bevorzugt gewählt. Ärzte, die sich für Teilzeitstellen entscheiden, arbeiten offensichtlich nicht in Fachrichtungen, wo normalerweise Männer vorherrschen.

9. Programme zur Wiedereingliederung nicht berufstätiger Ärzte in den Beruf

Im Jahre 1979 wurde die Zahl nicht berufstätiger Ärzte in den U.S.A. auf 28 000 geschätzt. Ein Programm, das die Wiedereingliederung nicht berufstätiger Ärzte zum Gegenstand hat, wird seit 1968 am Medical College of Pennsylvania durchgeführt. Das Programm war inhaltlich so konzipiert, daß Patientenbetreuung, Wiederholung der Grundkenntnisse ärztlicher Praxis und Erfahrungen in einem von den Ärzten gewählten klinischen Bereich Gegenstand des Kurses waren. Ziel war es, Gefühle der Unsicherheit und mangelnden Selbstbewußtseins zu mindern und dadurch die Rückkehr in den Beruf zu fördern.

Schon 1968, zu Beginn des Programms ergab eine Umfrage der American Medical Association, daß 55% ihren Beruf nicht ausübende Ärzte, die jünger als 55 Jahre alt waren, Interesse an einem Rückführungskurs hatten.

Im Zeitraum 1968-1975 nahmen insgesamt 102 Ärzte an dem einführenden achtwöchigen Kurs teil. Danach nahmen 78 der Befragten eine Tätigkeit im klinischen Bereich auf. Das entspricht einem prozentualen Anteil von 85% der Teilnehmer (Escovitz, Woodside).

Die Berufstätigkeit wurde von 42% der Teilnehmer aus familiären Gründen unterbrochen, von 35% deshalb aufgegeben, weil eine andere, nicht ärztliche Tätigkeit ausgeübt wurde.

Die Teilnehmer kommen aus sehr verschiedenen Altersgruppen. Es werden keine Bewerber angenommen, die mehr als 15 Jahre ihren Beruf nicht ausübten oder die über 55 Jahre alt waren und über keinerlei Berufspraxis verfügten.

In letzter Zeit werden weniger ausländische Ärzte als Teilnehmer angenommen, einmal, weil sich mehr amerikanische Ärzte um die Teilnahme bewerben und weil sich gezeigt hat, daß ausländische Ärzte, die die Prüfung zur Anerkennung des

Arztexamens in den U.S.A. (Examination of the Commission on Foreign Graduates) nicht bestanden hatten, auch nach der Teilnahme an dem Wiedereingliederungsprogramm wenig Chancen hatten, in den Beruf zurückzukehren (Escovitz, Woodside).

Die folgende Tabelle sagt etwas über Anzahl, Alter, Geschlecht und Dauer der Unterbrechung der ärztlichen Tätigkeit der Teilnehmer aus, die von 1968 bis 1976 an Wiedereingliederungsprogrammen teilnahmen.

Tabelle 18: Teilnehmer an Wiedereingliederungsprogrammen 1968 - 1976

	Anzahl	Ärzte	Ärztinnen	Alter	Dauer der Unterbrechung
1968-69	9	0	9	30-64	9,5 Jahre
Januar 1970	7	0	7	39-50	10,8 Jahre
Juli 1970	7	1	6	33-49	8,5 Jahre
Februar 1971	10	3	8	35-63	8,8 Jahre
Oktober 1971	15	4	11	34-53	9,6 Jahre
1972	9	1	8	37-58	8 Jahre
1973	7	0	7	34-50	keine Angabe
1974	9	3	6	31-66	8,7 Jahre
Frühjahr 1975	10	3	7	34-59	14,1 Jahre
Herbst 1975	10	3	7	37-67	14 Jahre
Frühjahr 1976	9	2	7	41-57	9,8 Jahre
Herbst 1976	10	5	5	39-57	6,7 Jahre

(Escovitz, Woodside)

Für den Zeitraum 1976-81 liegt ebenfalls eine Untersuchung über die Teilnehmer an dem Rückführungskurs des Medical College of Pennsylvania vor (Raub, Bowler, Escovitz).

Tabelle 19: Teilnehmer an Wiedereingliederungsprogrammen 1968 - 1975 und 1976 - 1981 (Raub et al)

	1968-1975	1976-1981
Alter	30 - 67	33 - 69
Anzahl der Teilnehmer	93	88
Männer	17	45
Frauen	76	43
Dauer der Unterbrechung	10,2	13,3 Jahre

Im Vergleich zur Teilnehmergruppe des Zeitraums 1968-75 nahmen im späteren Zeitraum mehr Männer am Programm teil, so daß das zahlenmäßige Verhältnis ausgeglichen war. Damit änderten sich auch die Faktoren Dauer der Unterbrechung der Berufstätigkeit, Gründe für das Aussetzen und die Art der abgelegten Prüfungen vor der Unterbrechung. In der späteren Gruppe waren es ausschließlich Frauen, die als Grund für die Unterbrechung der Berufstätigkeit familiäre Verpflichtungen angaben. Männer dagegen gaben überwiegend Arbeit in einem nicht klinischen Bereich oder eine ärztliche Tätigkeit in einer Fachrichtung ohne Patientenversorgung als Grund für die Unterbrechung an. Die durchschnittliche Dauer der Unterbrechung hat sich in der späteren Gruppe erhöht und lag bei 13 Jahren. Ärztinnen unterbrachen aus familiären Gründen die Berufstätigkeit für ungefähr 12 Jahre. Ärzte waren dagegen 14-17 Jahre in außerklinischen Bereichen oder anderen Fachrichtungen tätig. Mit dem Anstieg der Teilnehmer, die in anderen Bereichen tätig waren, erhöhte sich auch die Zahl der vor der Unterbrechung der Berufstätigkeit absolvierten Arztprüfungen. Die Zahl der Teilnehmer, die ihren Arztberuf nach dem Kurs wieder aufnahmen, liegt nur minimal unter der der früheren Gruppe. Da verhältnismäßig weniger Ärztinnen in der späteren Gruppe teilnahmen, liegt die Zahl der Teilnehmer, die nach dem Kurs eine resident Stelle antraten, unter der der früheren Gruppe (Raub et al).

DISKUSSION

Auch unter Berücksichtigung der Tatsache, daß die Vergleichbarkeit der vorhandenen Daten aufgrund qualitativer und quantitativer Merkmale sowie dem meist unterschiedlichen Erhebungszeitpunkt eingeschränkt ist, ergeben sich trotz unterschiedlicher politischer Struktur gewisse Ähnlichkeiten in der beruflichen Situation von Ärztinnen in diesen drei Ländern. Zwar gibt es dort überall eine gesetzlich verankerte Gleichberechtigung von Männern und Frauen. Trotzdem unterlag die Zulassung weiblicher Studienbewerber in England bis Anfang 1970 einer staatlichen Beschränkung, während in der UdSSR zum gleichen Zeitpunkt die Anzahl der weiblichen Medizinstudenten von 85% auf 65% gesenkt wurde. Als Begründung für diese Maßnahme wurde die niedrigere Lebensarbeitsproduktivität von Ärztinnen gegenüber Ärzten angeführt, die die hohen Ausbildungskosten nicht zu rechtfertigen schien.

In den USA und England erhöhte sich aufgrund von Antidiskriminierungserlassen die Anzahl weiblicher Medizinstudenten, in den USA unterlag ihre Zulassung bisweilen sogar besonderer Bevorzugung.

Die niedrigere Lebensarbeitsproduktivität von Ärztinnen liegt in ihrem zum Teil endgültigen oder nur partiellen Ausscheiden aus dem Beruf nach der Geburt von Kindern begründet. Befragungen in England haben ergeben, daß die Tendenz zur Teilzeitarbeit bereits durch die Eheschließung erhöht wird.

Für alle drei Staaten gilt, daß die gesellschaftliche Rollenverteilung noch immer den Frauen die Hauptlast bei der Haushaltsführung und Kindererziehung zuschreibt. Auch in der UdSSR, wo die Betreuung der Kinder während der Arbeitszeit der Eltern weitgehend durch Tagesstätten und ähnliche

Einrichtungen gelöst ist, zeigt sich, daß damit einer Frau noch lange nicht die gleichen Chancen im Beruf eingeräumt werden wie den männlichen Kollegen. Von der Möglichkeit, die wöchentliche Pflichtarbeitsstundenzahl von Ärzten von 40 auf 60 Stunden zu erhöhen, was bessere Verdienstmöglichkeiten und selbstverständlich eine bessere Qualifikation mit sich bringt, machen in der Regel nur Männer Gebrauch.

Der Aufbau einer Karriere erfordert ein Maß an Zeit und Energie, das Ärztinnen mit familiären Verpflichtungen in den meisten Fällen nicht erbringen können. Zusätzlich fallen die für eine Karriere wichtigen Jahre im Anschluß an das Examen häufig mit der Zeit zusammen, in der Ärztinnen ihre Kinder bekommen. Gerade diese Jahre, die für die Sammlung von beruflicher Erfahrung, die Qualifizierung durch Fachwissen und die Entwicklung einer beruflichen Identität wichtig sind, fallen für viele Ärztinnen ganz oder teilweise weg und schlagen sie damit im Wettstreit um berufliche Positionen mit männlichen Kollegen aus dem Rennen.

"Die Karrieremöglichkeiten von Ärztinnen reflektieren einfach Spannungen, die aus Rollenkonflikten und Bemühungen entstehen, ein traditionelles Familienleben mit einer anspruchsvollen und wettbewerbsgeprägten Karriere zu kombinieren. Die der Frau zugeordneten Stereotypien ihrer Verhaltensweise und ihrer Geschlechtsrolle, die die berufliche Sozialisation beeinträchtigen, sind schwierig zu definieren und noch schwieriger zu quantifizieren; sie fordern jedoch ihren Tribut, begonnen mit dem Einkommen der Frau bis zu ihren beruflichen Aufstiegschancen." (Rinke 2)

So ist es nicht verwunderlich, daß in allen drei Ländern, auch in der UdSSR mit ihrem traditionell hohen Frauenanteil in der Gesamtärzteschaft, der Anteil der Ärztinnen in höheren und leitenden Positionen keineswegs ihrem prozentualen Anteil entspricht.

Aus den Zahlen für USA und England läßt sich ablesen, daß sich die Anzahl der verheirateten residents, also der Ärztinnen, die eine Facharztausbildung anstreben, in den letzten Jahren erhöht hat. Neben der durch die geänderten Zulassungsbestimmungen generell erhöhten Studentinnenzahl hat das sicherlich auch seinen Ursprung in einem gestiegenen Selbstbewußtsein, das möglicherweise zum Teil durch die Frauenbewegung ausgelöst wurde.
Förderlich wirkte sich sicher auch ein erhöhter Anteil an Teilzeitstellen bzw. Teilzeitweiterbildungsplätzen auf die Berufstätigkeit von Ärztinnen aus.
Diese Möglichkeit, eine Facharztausbildung in Teilzeitarbeit zu erwerben, gibt es überwiegend in den Fächern, die für Männer aufgrund des mangelnden Prestiges und der geringeren Verdienstmöglichkeiten nicht attraktiv sind. Die folglich entstandenen Versorgungsengpässe wurden lange Zeit von ausländischen Ärzten aufgefangen. In den letzten Jahren arbeiten in diesen Bereichen zunehmend Ärztinnen, die bei der Wahl der Fachrichtung nicht wählerisch sein dürfen.
"Wir Ärztinnen sind, - wie alle Frauen - darauf angewiesen, auf dem Arbeitsmarkt und im Berufsbereich in die Lükken vorzustoßen, die die Gesellschaft uns läßt bzw. in die Lücken, die von Männern offen gelassen werden - wir haben meistens keine andere Wahl". (Retzlaff).
Am Beispiel Englands zeigt sich, daß es durchaus möglich ist, Oberarztstellen mit Teilzeitkräften zu besetzen. In den USA nahmen, wenn auch in geringerer Zahl, auch männliche Kollegen an den Wiedereingliederungsprogrammen bzw. an der angebotenen Möglichkeit der Facharztausbildung in Teilzeitbeschäftigung teil, auffälligerweise in Fachrichtungen, in denen Frauen schon längere Zeit überrepräsentiert sind. Es ist anzunehmen, daß die erforderlichen Arbeitszeiten in diesen Fachrichtungen deshalb schon all-

mählich den Bedürfnissen von Frauen mit familiären Verpflichtungen angepaßt worden sind, z.B. durch die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung. Im untersuchten Zeitraum wurde die Wahl der Fachrichtungen noch wesentlich davon beeinflußt, wieviel Zeit und Engagement die Ärztin neben Hausarbeit und Kindererziehung dem Beruf widmen kann. Dadurch kommt es zu einer frauenspezifischen Berufsausübung, die sich nur sehr zögernd verändert. Seit Jahren werden bestimmte Fachrichtungen wie Pädiatrie und Psychiatrie bevorzugt von Frauen gewählt. Hierbei werden Ärztinnen nicht so sehr von ihrem Wunsch, sich in dieser Fachrichtung weiterzubilden, gelenkt, sondern mehr von der Arbeitszeit und dem Angebot an Teilzeitstellen. Die Bereitschaftsdienste in chirurgischen Fächern, die eine wichtige Grundlage der Berufserfahrung in der Weiterbildung ausmachen und somit einen entsprechenden zeitlichen Einsatz im Krankenhaus erfordern, haben zur Folge, daß sich viele Ärztinnen mit Familie gegen diese Fachrichtung entscheiden (Clayton).

Da in den letzten Jahren weniger Ärztinnen als Ärzte für eine Anstellung in einem chirurgischen Fach zur Verfügung standen, wurden diese Fächer folglich zu einer Domäne der Männer, die auch bereit sind, die geforderten Dienste ohne Einschränkung zu leisten. Es gibt keine Untersuchung mit Angaben über Zahlen weiblicher und männlicher Bewerber um angebotene Stellen in chirurgischen Fächern, so daß nicht bekannt ist, wieviele Bewerberinnen in den letzten Jahren zur Verfügung standen, ob ihre Zahl gestiegen ist und wie sich die Zahl der eingestellten Bewerber nach Geschlecht verteilt. Solche Untersuchungen könnten Aufschluß darüber geben, ob der geringe Ärztinnenanteil in bestimmten Fächern auf die Diskriminierung weiblicher Bewerber zurückzuführen ist.

In den Fachrichtungen, in denen vorwiegend Männer arbeiten, wird Teilzeitweiterbildung zwar theoretisch von den Kammern akzeptiert, da jedoch genügend Ärzte auf Vollzeitstellen zur Verfügung stehen, wird die Einrichtung von Teilzeitstellen als nicht unbedingt notwendig angesehen. Wenn hier also von seiten der Ärztinnen keine Anpassung an die Gegebenheiten hinsichtlich der Arbeitszeit in der jeweiligen Fachrichtung erfolgt, wird sich weiterhin eine große Zahl von Ärztinnen auf bestimmte wenige Fachrichtungen konzentrieren.

Die Erwartung an Leistung und Arbeitszeit, die in Fachrichtungen bestehen, in denen Männer vorherrschen, prägen in großem Maße die Vorstellungen von der Arbeitszeit in ärztlicher Tätigkeit überhaupt. Die Vorstellung vom allzeit bereiten, rund um die Uhr verfügbaren Arzt kam im Zusammenhang mit der Bewertung der Teilzeitarbeit zum Ausdruck und prägte Vorurteile gegenüber dieser Arbeitsform. Dieser Voreingenommenheit konnte mit Engagement und guten Leistungen der auf Teilzeitstellen tätigen Ärztinnen begegnet werden, wie Erfahrungsberichte aus USA und England zeigen.
Vielleicht setzt hier ein allmählicher Umdenkungsprozeß ein, wird der Wert der uneingeschränkten Hingabe an den Beruf hinterfragt, was möglicherweise zu einer Umorientierung im Arztberuf führt. Ein Zuwachs an Freizeit kann durchaus wertvolle persönliche Erfahrungen bringen, die sich auch beruflich niederschlagen können.
Solange Teilzeitarbeit jedoch besonders im ärztlichen Bereich mit der Vorstellung vom allzeit verfügbaren Arzt noch so negativ besetzt ist, d.h. eine Art ärztlicher Tätigkeit zweiter Wahl darstellt, und die partnerschaftliche Aufteilung der familiären Verpflichtungen so wenig funktioniert, dürfte es für Ärztinnen schwierig sein, gleichrangige Partnerinnen für die Kollegen im Arbeitsprozeß darzustellen.

Weiterhin bleibt fraglich, wie die sich anbahnende Konjunkturkrise auf Teilzeitarbeitsstellen auswirken wird.

Wird man die Vorteile der Teilzeitarbeit, unter anderem die Umverteilung der Arbeit mit der Schaffung zusätzlicher Arbeitsplätze nutzen oder werden - wie schon häufig in Krisenzeiten -
"Frauen als disponible Masse und unter Beschwörung eines zum Teil mittelalterlichen Frauenideals zurück an den Herd geschickt werden?" (Retzlaff).
Jedenfalls läßt sich abschließend sagen, daß es unrealistisch ist anzunehmen, daß unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen die berufliche Entwicklung einer Ärztin den gleichen Verlauf nimmt wie die eines männlichen Kollegen. Das Berufsbild des Arztes ist jahrzehntelang von Männern geprägt worden und orientiert sich in erster Linie an deren Bedürfnissen und Möglichkeiten. Für Ärztinnen mit Familie wird es daher auch in Zukunft schwer sein, eine Gleichstellung im Arztberuf zu erlangen.

SCHLUSS

In der vorliegenden Arbeit wird anhand vorhandener Literatur zum Thema "Ärztinnen im Beruf" gezeigt, welche Faktoren nach Abschluß des Studiums den beruflichen Werdegang von Ärztinnen in den USA, in der UdSSR sowie in England bestimmen können.
Trotz unterschiedlicher politischer und sozioökonomischer Verhältnisse zeigt sich in allen drei Ländern, daß die einer Frau gesellschaftlich zugeschriebene Verantwortung, nämlich die der Kindererziehung und der Haushaltsführung, es ihr in den meisten Fällen unmöglich machen, in gleicher Weise wie männliche Kollegen ein berufliches Selbstverständnis zu entwickeln und sich zu profilieren. Diese gesellschaftliche Funktion prägt die Berufsausübung von Ärztinnen, sowohl was die Arbeitszeit als auch die Wahl der Fachrichtung angeht. Die eingeschränkte zeitliche Einsatzmöglichkeit von Frauen schließt sie von sehr zeitintensiven Fächern wie z.B. Chirurgie nahezu aus, andererseits entwickelten sich Fachrichtungen wie Pädiatrie, Psychiatrie, Pathologie und Radiologie mit ihrem überschaubaren Arbeitsanfall zu ausgesprochenen Frauenfächern. Das partielle Ausscheiden aus dem Beruf nach der Geburt von Kindern sowie die Teilzeitarbeit bedingen eine generell niedrigere Lebensarbeitszeit von Ärztinnen. In der UdSSR hat man aus diesem Grunde die Anzahl der Ärztinnen in den letzten Jahren gesenkt, weil die hohen Ausbildungskosten eines Medizinstudiums in einem ungünstigen Verhältnis zu ihrer Lebensarbeitsproduktivität stehen. Die angesprochene mehr oder weniger vorübergehende Nichtberufstätigkeit von Ärztinnen, meist in den für den Aufbau einer Karriere wichtigen Jahren nach dem Examen, die Doppelbelastung durch die gesellschaftliche Rollenverteilung sowie eine sich nur zö-

gernd ausbreitende Akzeptanz von Teilzeitarbeit, machen es nicht erstaunlich, daß der Prozentsatz an Ärztinnen in höheren und leitenden Positionen sowie beim Lehrpersonal der Hochschulen keineswegs ihrem jeweiligen prozentualen Anteil entspricht.
Ein Vergleich mit den Verhältnissen in der Bundesrepublik Deutschland zeigt eine ähnliche Situation. Auch hier entspricht der prozentuale Anteil an Ärztinnen in leitenden Positionen bei weitem nicht ihrem zahlenmäßigen Anteil in der Gesamtärzteschaft (Falck 1, Seiler).
In den USA und in England erhöhte sich im Zuge der Gleichberechtigung die Anzahl der Ärztinnen durch geänderte Zulassungsbestimmungen, durch ein vermehrtes Teilzeitstellenangebot und durch sogenannte Wiedereingliederungskurse nach längerer Nichtberufstätigkeit.
Auch in Deutschland hat sich im letzten Jahrzehnt sowohl die Anzahl der Medizinstudentinnen als auch der berufstätigen Ärztinnen erhöht (Falck 1). Ähnlich wie in den anglikanischen Ländern wurde auch hier durch Rückführungskurse den temporär aus dem Berufsleben ausgeschiedenen Ärztinnen die Wiedereingliederung in das Berufsleben ermöglicht bzw. erleichtert (Falck 2). Verschiedene Verbände wie der Deutsche Ärztinnenbund und der Marburger Bund fordern eine Erhöhung der Teilzeitarbeitsplätze, um eine den Bedürfnissen von Ärztinnen entsprechende Berufstätigkeit bzw. Weiterbildung zu gewährleisten, da die bestehenden Teilzeitangebote den Bedarf bei weitem nicht decken. Die zunehmende Arbeitslosigkeit von Ärzten in den westlichen Industrienationen läßt mehrere Möglichkeiten offen

a) die Umverteilung der Arbeit in Form von mehr Teilzeitstellen oder
b) die zunehmende Diskriminierung von Ärztinnen bei der Stellenvergabe.

Für die Bundesrepublik Deutschland kann man sagen, daß sich die zweite Möglichkeit wohl mehr oder weniger bewahrheiten wird, denn schon jetzt sind 50% aller arbeitslosen Ärzte Frauen bei einem Gesamtanteil an der Ärzteschaft von nur 25% (Arzt im Krankenhaus).

In England und in den USA ist zu beachten, daß die Anzahl der ihren Beruf unterbrechenden Ärztinnen in den letzten Jahren zurückgegangen ist. Es bleibt abzuwarten, ob dieser Trend anhalten wird und ob die zukünftige Ärztinnengeneration in England und USA andere Muster der Berufsausübung entwickeln wird und auf diese Weise unter Umständen mehr Gleichberechtigung im Arztberuf erreichen wird.

LITERATURVERZEICHNIS

ARIE, Tom: A New Deal for Half our Doctors? Lancet 1976, 2 (7994), S. 1073-1075

ASHURST, Pamela: Problems of Establishing Suitable Training Programmes and Career Opportunities in Hospital Medicine. "Women in Medicine", Veröffentlichung des DHSS, London 1975

BEAUMONT, Berenice 1: Changing Working Patterns of Women Doctors in the 1970s. "Careers Symposium", Veröffentlichung der Medical Women's Federation, London 1979

BEAUMONT, Berenice 2: Training and Careers of Women Doctors in the Thames Regions. Br Med J 1978, 1, S. 191

BEAUMONT, B.; GRUENEBERG, A.: The New Consultant Contract and Women Senior Registrars, Br Med J 1979, 1 (6159), S. 359-360

BRASLOW, Judith; HEINS, Marilyn: Women in Medical Education, N Engl J Med, 1981 (304), S. 1129-1133

BURKETT, Gary L.; GABRIELSON, Ira W.: A Study for the Demand for Part-Time Residency Programs, J Med Educ 1976 (51), S. 829-835

BLUGLASS, Kerry: Part-Time-Training. "Women in Medicine", Veröffentlichung des DHSS, London 1975

CLAYTON, Stanley: The Problems of Part-Time Training. "Women in Medicine", Veröffentlichung des DHSS, London 1975

CROWLEY, Anne E; ETZEL, Sylvia; PETERSEN, Edward S.: Undergraduate Medical Education, JAMA 1982 (248), S. 3247-3250

DIMOND, E. Grey: Women in Medicine: Two Points of View. I. The Future of Women Physicians, JAMA 1983 (249), S. 207-208

DOLLERY, C.T.: Changes in Attitudes and Expectations, Br Med J 1975, 4 (5999), S. 750-752

EATON, Jennifer M.: Survey of Part-Time Senior Registrar Anaesthetists, Br. Med J 1980 (281), S. 758-760

ESCOVITZ, Gerald H.; WOODSIDE, Nina B.: Retraining Inactive Physicians. A Seven-Year Experience, JAMA 1978 (239), S. 2139-2142

FALCK, Ingeborg 1: Erfolgreiche Rückführungskurse für Ärztinnen, DÄB 1977 (74), S. 1999

FALCK, Ingeborg 2: Die Ärztin in Deutschland, Ärztin 1978 (25) 8, S. 5

FIELD, Mark G.: American and Soviet Manpower. Growth and Evolution 1910-1970, Int J Health Service, 1975, (5), S. 455-474

FOGARTY; Michael P.; RAPOPORT, Rhona und Robert: Sex, Career and Family, London 1971

FORD, Gillian: Career Choices. "Careers Symposium", Veröffentlichung der Medical Women's Federation, London 1979

GOLDBLATT, Arlene; GOLDBLATT, Phillip B.: The Status of Women Physicians: A Comparison of USMG Women, USMG Men, and FMGs, in JAMWA (31), August 1976, S. 325-328

GOODING, Gretchen A.W.: The Status of Women Radiologists. Membership on Editorial Boards and Participation in Upper Echelons of Radiologic Societies, Radiology 1983 (147), S. 595-597

HEINS, M.; BRASLOW, J.: Women Doctors: Productivity in Great Britain and the United States, Med Educ 1981, (15), S. 53-56

HENRYK-GUTT, Rita; SILVERSTONE, Rosalie: Career Problems of Women Doctors, Br Med J 1976, 2 (6035), S. 574-577

JEFFERYS, Margot: Changing Working Patterns of Women Doctors in the 1960s, "Careers Symposium", Veröffentlichung der Medical Women's Federation, London 1979

JUSSIM; MULLER: Medical Education for Women, how good an investment, JMed Educ 1975 (50), S.572

LAPIDUS, Gail Warshofsky: Women in Soviet Society, London 1978

MANDELBAUM, Dorothy Rosenthal: Education, Medical Training and the Practice Variables to the Career Persistence of Women Physicians, JAMWA 1979 (34), S. 255-295

NADELSON, C.; LOWENSTEIN, P.: The Practice Patterns, Life Styles, and Stresses of Women and Men Entering Medicine: A Follow-Up Study of Harvard Medical School Graduates from 1967-1977, JAMWA 1979 (34), S. 400-406

NAGORSKI, Andrew: Defining a Women's Place, Newsweek 20.9.1982, S. 18-19.

PARRISH, John B.: Women in Medicine: What can International Comparisons Tell Us? The Women Physician, 1971 (26), S. 352-361

PICKLES, Hilary: Medical Manpower, Lancet 1979 (8136), S. 244

POWERS, Parmella, Wisenfelder: Prelimary Report. Practice Patterns of Women and Men Physicians. New York 1966

RAUB; BOWLER; ESCOVITZ: A Physician Retraining Program, JAMA 1982 (248), S. 2994-2998

RELMAN, Arnold: Here Come the Women, N Engl J Med 1980, (304), S. 1252-1253

RETZLAFF, I.: Die Ärztin in unserer Gesellschaft, Ärztin 1983 (30) 10, S. 2-4

RINKE, Carlotta 1:The Economic and Academic Status of Women Physicians, JAMA 1981 (245), S. 2305-2306

RINKE, Carlotta 2:The Professional Identities of Women Physicians, JAMA 1981 (245), S. 2419-2412

ROBERTS, Sue: All Women are pregnant until proved otherwise, Lancet 1978, 2 (8080), S. 89-91

RUE, Rosemary: Organization and Service Problems, "Women in Medicine", Veröffentlichung des DHSS, London 1975

SACKS, Michael Paul: Women's Work in Soviet Russia. Continuity in the Midst of Change. New York 1976

SCADRON; WITTE; AXELROD; GREENBERG; AREM; MEITZ: Attitudes Toward Women Physicians in Medical Academia, JAMA 1982 (247), S. 2803-2807

SEILER, Heidelore: Situationsanalyse der nicht berufstätigen Ärztin. Med. Dissertation, Freie Universität Berlin 1981

SWERDLOW; McNEILLY; RUE: Wommen Doctors in Training: Problems and Progress, Br Med J 1980 (281), S. 754-758

SWERDLOW, A.J.; RUE, E. Rosemary: Part-time Medical Training: 15 years' experience in the Oxford region, Br Med J 1981 (283), S. 1371-1373

SUTNICK, Alton; McLEER, Susan V.: Programs Developed from Concerns for Women in Medicine, J Med Educ August 1979 (54), S. 627-631

VLADIMIROWA, L.J.: Women in the Soviet Health System. Arbeitspapier anläßlich der WOMEN AND HEALTH CONFERENCE, Edinburgh 1983

WALLIS; GILDER; THALER: Advancement of Men and Women in Medical Academia, JAMA 1981 (246), S. 2350-2353

WALSH, Mary Roth: Doctors Wanted: No Women Need Apply. Sexual Barriers in the Medical Profession 1835-1975. London, New Haven 1977

WARD, Audrey: Careers of Medical Women. Sheffield 1981

WILSON, Marjorie P.: The Status of Women in Medicine: Background Data, JAMWA 1981 (36), S. 62-79

ANONYMA

DER ARZT IM KRANKENHAUS: Ärztinnen benachteiligt, 1984 (37), S. 338

DHSS: Veröffentlichung des Department of Health and Social Security.
"Women in Medicine"
Proceedings of a Conference organized by the DHSS on 4-5 July 1975
(soweit ohne Quellen- bzw. Namensangaben)

DHSS: Loseblattstatistiken 1980 und 1981, betrifft: Hospital Medical Staff sowie Health Trends

EDITORIAL: Women in Medicine, Br Med J 1976 1 (6001), S. 56

SUPPLEMENT on Medical Education, JAMA 1975 (234), S. 1362

UCCA: Zahlenangaben des "University Central Council of Admissions" in Br Med J 1974, 3, S. 590

SONSTIGE ABKÜRZUNGEN

JAMA	Journal of the American Medical Association
JAMWA	Journal of the American Medical Women's Association
USGM	United States Medical Graduates
FMG	Foreign Medical Graduates
HM	Health Memorandum

DANKSAGUNG

Mein herzlicher Dank gilt Frau Professor Dr. med. Ingeborg Falck für die Überlassung des Themas und ihre hilfreiche Beratung.
Ebenso bedanke ich mich bei der British Medical Women's Federation in London für die Bereitstellung zusätzlichen statistischen Materials und für Hinweise auf aktuelle Literatur zu dem Thema.

LEBENSLAUF

Annette Clauss

3.6.1949	In Darmstadt als Tochter des Oberregierungsrates Dr. Friedrich Clauss und seiner Ehefrau Anneliese, geb. Gärtig geboren
April 1955	Einschulung in die Frankensteinschule in Darmstadt-Eberstadt
April 1959	Eintritt in die Eleonorenschule Darmstadt, Gymnasium für Mädchen
20.6.1967	Abitur an dieser Schule
1.8.1967	Beginn des Praktikums im Rahmen der Apothekerausbildung in der Burg-Apotheke in Bensheim-Auerbach
6.6.1969	Pharmazeutische Vorprüfung in Darmstadt
WS 1969/79	Beginn des Pharmaziestudiums an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
5.4.1973	Pharmazeutische Prüfung in Tübingen
WS 1973/74	Beginn des Medizinstudiums an der Christian-Albrechts-Universität Kiel
22.2.1974	Approbation als Apothekerin
27.8.1976	Physikum in Kiel
26.8.1977	1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in Kiel
WS 1979/80	Studienplatztausch an die Freie Universität Berlin
14.3.1980	2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in Berlin
Mai 1980 bis März 1981	Praktisches Jahr in den Krankenhäusern Moabit (Chirurgie), Mariendorfer Weg Gynäkologie und Geburtshilfe), Auguste-Viktoria-Krankenhaus (Innere Medizin)

15.6.1981	Ärztliche Prüfung in Berlin
21.8.1981	Approbation
1.1.1982 bis 15.8.1984	Assistenzärztin in der Röntgendiagnostik des Rudolf-Virchow-Krankenhauses unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Witt
seit 16.8.1984	Assistenzärztin in der Strahlentherapie des Rudolf-Virchow-Krankenhauses unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Schumacher